

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Novembre 1895, à 1 heure

PAR

Charles-Sillery VALE

Né à Londres, le 19 mai 1863

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

QUELQUES INTOXICATIONS

SURAJOUTÉES A LA

MORPHINOMANIE

DE LEUR TRAITEMENT

Président : M. JOFFROY, professeur.

M. FOURNIER, professeur.

Juges : { MM. GAUCHER, } *Agrégés.*
NETTER, }

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACILITE DE MEDICINE DE PARIS

THESE

DE DOCTORAT EN MEDICINE

PAR M. J. B. VALL

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES MALADIES

MORPHOLOGIE

DE L'ETAT

PAR M. J. B. VALL

PAR M. J. B. VALL

PAR M. J. B. VALL

PAR M. J. B. VALL

Le Directeur de l'Imprimerie

Imprimerie de la Faculté de Médecine

Paris

1895

Imprimerie de la Faculté de Médecine

Paris

Imprimerie de la Faculté de Médecine

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

7

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Novembre 1895, à 1 heure

PAR

Charles-Sillery VALE

Né à Londres, le 19 mai 1863

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

QUELQUES INTOXICATIONS

SURAJOUTÉES A LA

MORPHINOMANIE

DE LEUR TRAITEMENT

Président : M. JOFFROY, professeur.

M. FOURNIER, professeur.

Juges : { MM. GAUCHER, { Agrégés.

NETTER,

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Operations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale.....	SEB (G.)
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	ES GER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SCHWARTZ.
BAR.	LEJARS.	SEHLEBAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERRY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHANTEMESSE.	MARIE.	TUFFIER.
CHARPIN.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
CHASSEVENT.	NELATON.	VILLEJEAN.
DELBET.	NETTER.	WALTER.
FAUCONNIER.	POIRIER, chef des	WEISS.
GAUCHER.	trav. anatomiques.	WIDAL.
GILBERT.	REITTERER.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.		

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin à l'Asile Sainte-Anne

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUDIN

Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A TOUS MES MAITRES

des Hôpitaux de Paris

*Contribution à l'Etude de quelques Intoxications
surajoutées à l'intoxication morphinique.*

DE LEUR TRAITEMENT

AVANT-PROPOS

Les morphinomanes se divisent en deux grandes classes ; les morphinomanes d'origine thérapeutique et les morphinomanes d'origine euphorique. Aux premiers, la morphine a servi de palliatif, de calmant à une douleur que nulle autre médication ne pouvait atténuer ; aux seconds elle a servi de passe-temps.

Dans le premier cas, la morphinomanie est née d'une accoutumance et d'un état de besoin auxquels le malade, même guéri, n'a pu se soustraire ; dans le second elle est née d'une sorte d'entraînement maladif, d'appétence morbide, conséquence d'esprits dérégles, cérébraux dégénérés.

Chez les uns comme chez les autres, les complications sont fréquentes ; mais plus, chez les morphinomanes euphoriques que chez les morphinomanes thérapeutiques, car le même concours d'influences et de circonstances qui a porté tout d'abord un individu à user de morphine sans

cause appréciable, peut aussi l'entraîner à recourir à d'autres poisons.

Ces diverses intoxications seront d'autant plus graves qu'elles évolueront sur un terrain de dégénérescence, c'est-à-dire préparé par une hérédité plus ou moins chargée à subir toutes les influences morbides mauvaises; Chez un individu de ce genre, on conçoit facilement que cette question de terrain forme un élément surajouté de la plus haute importance et que le pronostic, chez lui, soit beaucoup plus grave, que celui qu'on pourra porter sur une morphinomanie jointe à d'autres intoxications, évoluant sur un terrain sain, non taré par une coexistence morbide psychique antérieure et préparante.

Ces complications de la morphinomanie nous ont paru intéressantes à étudier. Nous avons laissé de côté les complications d'ordre pathologique, qui peuvent naître sous son influence prédisposante et en compliquer le cours, pour nous attacher seulement à celles d'ordre toxique, c'est-à-dire aux intoxications concomitantes auxquelles se livrent les morphinomanes, soit sous les mêmes influences qui ont déterminé chez eux l'intoxication fondamentale, soit sous celle d'une direction thérapeutique vicieuse.

Nous avons puisé largement dans les nombreux ouvrages qui ont traité, ces dernières années, cette question toute d'actualité, la morphinomanie prenant chaque jour plus d'extension et nous avons pu, dans le cours de nos études, réunir diverses observations de morphinomanie associée que nous sommes heureux d'apporter ici, pour compléter l'étude clinique que nous avons entreprise.

Nous remercions Monsieur le Professeur Joffroy de

l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en daignant accepter la présidence de notre modeste thèse.

Nous remercions également Monsieur le Docteur James, de la Faculté d'Edimbourg et le Docteur Smith, de la Faculté de Londres, pour les nombreux conseils qu'ils ont bien voulu nous donner pour mener à bien notre tâche.



INTRODUCTION

Il eût été intéressant de passer en revue, chez les morphinomanes, les affections du cadre nosologique et de rechercher quelle influence peuvent avoir sur cette intoxication chronique, les maladies constitutionnelles et infectieuses qui le composent.

Comment se comportent avec la morphine, un cardiaque, un goutteux, un diabétique, un névropathe ? Les éléments d'une pareille étude sont encore trop peu nombreux et les observations trop vagues pour qu'on puisse traiter le sujet avec fruit, avec les données actuelles de la science. Nous publierons cependant brièvement dans la partie de notre thèse réservée aux observations, celle d'un morphino-cocaïnomanne depuis plus de 20 ans, affecté d'une lésion mitrale (souffle) et à qui la lésion cardiaque donne de sérieuses inquiétudes, quand il est forcé de retarder l'heure de ses piqûres quotidiennes.

Dans un premier paragraphe, nous étudierons la morphinomanie associée, en tant qu'intoxication liée à d'autres intoxications secondaires ; dans un second, nous publierons diverses observations, tant personnelles que celles que nous devons à l'obligeance de plusieurs de nos maîtres ;

dans un troisième, enfin, nous étudierons le traitement de ces morphinomanies associées.

Cette existence d'intoxications chroniques variées et liées au morphinisme, donne souvent à ce dernier, un tout autre aspect que celui que présente d'ordinaire le morphinisme. En comparant ces divers toxiques évoluant chez le même individu et dans un même milieu, on arrive à des conclusions beaucoup plus précises que si on les étudie sur des sujets différents « car on sait, et cet argument, « bien que trop souvent mis en avant, a une réelle valeur, « que chaque organisme réagit à sa manière, que dès lors, « les effets de telle et telle maladie, et dans l'espèce de telle « et telle intoxication, ne sont pas comparables entre eux. « Avec la question des coexistences, cet argument qui a « sa valeur, il faut bien le déclarer, n'existe plus » (1).

On comprend que le morphinisme lié à l'alcoolisme n'aura pas son évolution normale, de même que le morphinisme lié au cocaïnisme ou à l'éthérisme. Chez des malades morphinomanes avec impulsions furieuses, on a souvent soupçonné des habitudes alcooliques ; parfois même on a acquis la certitude de cet alcoolisme qui venait expliquer ces accès de *delirium tremens*, dit morphinique. « On devait alors attribuer l'acte incriminé à un élément « surajouté, délire alcoolique dans l'espèce ; c'est peut-être « ainsi qu'il faut expliquer également les accès de fureur « décrits par les auteurs dans le cours du morphinisme « et par M. Marandon de Montyel, dans la seconde période.

(1) Pichon. Le morphinisme, p. 307.

« de la maladie, période qu'il nomme période de marasme
« physico-psychique » (1).

Ces éléments coexistant dans l'état mental d'un morphomane, sont fort importants ; on doit en tenir compte, non-seulement au point de vue de la clinique, mais encore au point de vue du traitement. Elles sont de plus, du plus haut intérêt, au point de vue médico-légal dont nous n'avons point à nous occuper ici.

(1) Pichon. Le morphinisme, p. 300.



PARAGRAPHE I

Des différentes intoxications associées à la morphinomanie.

Quel est le terrain où évolue d'abord seule et le plus facilement la morphinomanie ? Nous ne parlons ici que de la morphinomanie d'origine euphorique, laissant de côté l'origine thérapeutique. En d'autres termes, et en ne considérant pas le morphinisme comme une psychose, mais comme une maladie y conduisant, quelle est la prédisposition, quelle est la part respective qu'il faut attribuer à la prédisposition dans la production de cette psychose ?

« Il est parfaitement avéré que de même que les psychoses, la morphinomanie ne se développe que sur un terrain préparé et ce terrain à tout prendre est à peu près le même, soit pour la passion de la morphine, soit pour l'éclosion des vésanies. Ceux qui sont prédestinés à contracter cette habitude tonique, étaient presque tous, avant de devenir ses tributaires, des instinctifs, c'est-à-dire des êtres dominés par la sensation et impuissants à réfréner la tendance de toute sensation à se transformer en acte. Ils manquaient de pondération, d'équilibre ; le pouvoir réfrénateur de leur « moi », leur faisait déjà défaut, ce pouvoir qui perçoit, analyse, juge et finalement se décide pour ou contre l'accomplissement de l'acte » (1).

(1) Guimbail. — Les morphinomanes, page 183.

C'est chez ces individus que s'implantent les intoxications passionnelles et le fait a été mis en lumière par plusieurs auteurs, qui représentent la nature humaine, comme aussi avide d'excitation cérébrale et de volupté psychique que de sensualité physique.

Dans ces intoxications multiples, nous pensons que l'hérédité joue un rôle énorme comme facteur prédisposant et comme cause officieuse d'un groupe de phénomènes psychopathiques. C'est cette hérédité qui prépare le terrain où évolueront plus tard morphinomanie, alcoolisme éthéromanie, cocaïnomanie, etc. ; c'est cette hérédité qui mettra organes de la vie de relation et organes de la vie de nutrition dans des conditions physiologiques anormales, inférieures à une saine constitution et incapables de maintenir au niveau ordinaire l'organisme, obligé, pour remédier à un pareil état défectueux, de recourir à des stimulants factices, à des excitants momentanés. Ils sont, ces stimulants et ces excitants, qu'on nous pardonne l'expression, le coup de fouet qui fait avancer sur la route le cheval qu'un fardeau trop lourd fatigue et ralentit dans sa marche en avant.

Si l'on admet, — et nous voyons d'après les auteurs que la question est controversée. — que la morphinomanie et les diverses intoxications qui l'accompagnent mettent en cause l'hérédité morbide ; on est forcé de reconnaître que cette dernière représente le plus ordinairement la véritable prédisposition des nombreuses intoxications volontaires.

« Tantôt la mère transmet à l'embryon une maladie infectieuse, comme la variole ou la syphilis et il ne s'agit

« que de contagion fœtale ; tantôt, gravement atteinte dans
« sa nutrition générale, tuberculeuse, par exemple, elle
« enfante un produit débile, proie facile des germes mor-
« bides et surtout du bacille auquel il a échappé durant son
« développement embryogénique. D'autres fois enfin, c'est
« le générateur qui, intoxiqué ou se trouvant en puissance
« d'une diathèse dont l'action morbide retentit sur toutes
« ses cellules et par elles sur le rejeton futur, procrée un
« produit qui peut présenter des tares plus ou moins ana-
« logues aux siennes.... Les cellules génératives ou l'em-
« bryon lui-même ont été frappés dans leur développement
« normal par les empoisonnements et les troubles dystro-
« phiques, qui ont atteint primitivement les générateurs (1).

Ces êtres nés d'individus délabrés par différents processus pathologiques, sont destinés à fournir le grand contingent des névropathes et des diathésiques. Ce sont les dégénérés ; ceux qui présentent un ensemble de tares diminuant leur vitalité ; ils sont plus aptes que les autres à être envahis par des névropathies ou des psychoses.

La prédisposition héréditaire, nous le voyons, est une des conditions étiologiques les plus favorables à l'éclosion des intoxications passionnelles, comme d'ailleurs à l'éclosion des délires. Nous ne parlons point ici des causes occasionnelles qui accompagnent dans la suite et viennent renforcer, pour ainsi dire, ces causes prédisposantes. Leur examen nous entraînerait hors du sujet que nous traitons ici. Nous avons voulu seulement montrer, et nous sommes

(1) *Gazette hôpitaux* n° 71. 20 juin 1895. — Prédispositions dans les maladies mentales (Toulouse).

en cela d'accord avec M. le Professeur Joffroy, que cette hérédité morbide, cette prédisposition héréditaire, est la graine qui attend pour se développer l'engrais convenable. Cet engrais peut être, on le conçoit, fort différent et cela d'autant plus que la graine se développe de façon différente.

Dans une leçon faite à l'asile Sainte-Anne, sur l'alcool et l'alcoolisme, M. Joffroy s'exprime comme il suit, en parlant des alcooliques : « Les uns sont des dégénérés, ayant une hérédité nerveuse chargée ; ce sont des psychopathes, chez qui l'habitude prend des racines profondes et que l'on guérit parfois difficilement lorsqu'ils sont inter-
« nés, mais qui ne guérissent jamais en liberté.

« Les autres, indemnes de toute tare héréditaire, ont un cerveau valide, une volonté puissante et même en liberté ils guérissent rapidement et définitivement quand ils le veulent.

« Les uns sont de simples alcooliques, leur guérison est facile et solide ; les autres sont des alcoolopathes ; leur guérison est plus difficile et reste fragile » (1).

Ce que M. Joffroy dit pour l'alcoolisme peut parfaitement s'appliquer aux autres intoxications (morphinomanie, éthéromanie, chloralomanie, cocaïnomanie, etc.), si souvent associées chez le même individu. Elles affectionnent des organismes prédestinés, préparés à les recevoir par une hérédité chargée, par une dégénérescence marquée. « Les
« sujets qui se livrent à ces différentes passions sont placés

(1) Joffroy. — Alcool et alcoolisme, Gazette des hôpitaux, février 95, n° 55.

« pour soutenir la lutte pour la vie dans des conditions
« d'infériorité manifeste, ils cherchent à se maintenir par
« tous les moyens qu'ils trouvent, au niveau social auquel
« leurs propres forces ne leur permettent même pas de
« s'élever ; tous les excitants leur sont bons ; ceux là sont
« les intoxiqués vrais, les malades.

« Il n'en est pas de même de ceux chez qui on trouve
« un esprit sain, « *mens sana in corpore sano* ». Ces der-
« niers sauront toujours se ressaisir à temps quand ils ver-
« ront la pente sur laquelle ils sont engagés ; ils pourront
« à l'aide de leur volonté, indemne de toute tare héréditaire
« sortir du mauvais pas où ils se sont engagés par impru-
« dence, par besoin professionnel et souvent par néces-
« sité » (1),

A la base de toutes les intoxications, de tous les appé-
tits bizarres, il y a autre chose que l'agent toxique, et ce
quelque chose c'est l'agent mental de l'intoxiqué lui-même.
Autrement, ce qui contribue de nos jours au développé-
ment de tous ces délires toxiques, ce qui implique leur ten-
dance à se multiplier dans une proportion effrayante, c'est
que les terrains favorables à leur éclosion se multiplient
aussi dans des proportions également redoutables.

Faire une étude de tous ces états serait, croyons-nous,
impossible. Leur nombre va s'accroissant sans cesse et
nous avons dû restreindre notre étude à ceux qui sont plus
fréquents et plus ordinairement liés à la morphinomanie.

Le nombre de ses intoxications est d'autant plus grand

(1) Essai sur la symptomatologie de la morphinomanie. Thèse de Le-
cèrff. Paris, 95.

que, dans certains milieux, l'éthiologie « *par euphorie* » est arrivée à être l'origine exclusive de ces différents fléaux sociaux. Tout au plus pourrait-on invoquer dans quelques cas l'origine d'une thérapeutique mal conduite ou abusive.

En dehors de ces deux origines, nous pensons et nombre d'auteurs nous soutiennent dans cette idée émise par eux depuis longtemps, qu'il y a le plus souvent un grand facteur qui domine toute la question pathogénique des intoxications et de tous les états toxiques quels qu'ils soient : ce facteur, c'est l'état mental spécial du sujet.

Chez les héréditaires à l'état mental si spécial il existe souvent une appétence, une soif de l'inconnu et de sensations non encore perçues. Nous ne voulons pas dire que cette recherche de l'inconnu soit l'apanage des héréditaires et leur soit particulière : on la trouve chez les individus les plus pondérés et c'est même, croyons-nous pouvoir avancer, la base de toutes nos connaissances scientifiques. Mais chez l'héréditaire dégénéré, elle est poussée à l'extrême et confine au délire. Nous croyons que cet état mental est cause des intoxications multiples qui s'abattent sur le même individu. Il pousse les dégénérés mal équilibrés à rechercher des sensations non encore ressenties et à les épuiser toutes, à abuser de la morphine après avoir usé les jouissances brutales de l'alcool, à se servir de chloral et d'éther au simple énoncé des ivresses que procurent ces poisons.

« Il y a dans tous les actes des dégérés, qu'on désigne sous le nom de *cérébraux*, d'*originaux*, de *dégénérés* *supérieurs*, un fond de déséquilibration, qui les rendra incapables de résister aux conseils de leur imagination.

« Ce qui, chez un individu pondéré, sera un désir immé-
« diatement réprimé, sera chez les *anormaux* un appétit
« quasi-irrésistible. Et c'est en vertu de cet appétit quasi-
« irrésistible, que le dégénéré sera porté, non seulement à
« boire et à se morphiniser, mais aussi à s'éthériser, il sera
« alors éthéromane, à se chloraliser ; poussé tantôt à l'in-
« gestion du haschich, tantôt aux inhalations du chloroform-
« me. Un morphinique sera souvent en même temps alcoo-
« lique ; sur son terrain mental prédisposé de par l'hérédité,
« pourront se succéder, alterner et coexister chez lui, toute
« une série d'intoxications. (1) »

Cette origine unique, cette communauté d'origine, cette parenté étroite entre les intoxications et les états de dégénérescence héréditaire, conduit naturellement à admettre l'hypothèse d'une grande synthèse réunissant tous les appétits, tous les faits du même ordre. C'est au moins ce qui a été soutenu par plusieurs auteurs entre autres par M. Pichon. Sans discuter cette question et pour résumer ce que nous venons de dire, il nous importe seulement de savoir que l'état mental des dégénérés, tel que l'ont décrit Morel d'abord, M. Magnan ensuite, se trouve souvent à la base de toutes les intoxications morbides. On peut expliquer ces dernières par une question de terrain qui prime tout, par un état mental préparant spécial aux héréditaires et aux dégénérés de toutes classes. Et c'est en vertu de la recherche de l'inconnu dont cette classe d'individus sont avides, recherche qui les pousse à une véritable appétence morbide, qu'ils sont amenés à user de toutes les intoxica-

(1) Pichon. — Le morphinisme, page 369.

tions artificielles liées à la morphinomanie par laquelle ils débutent le plus souvent, et que nous passerons en revue plus loin. C'est cet appétit irrésistible pour toutes les jouissances possibles, qui explique ces associations ou ces successions incroyables de toutes passions malsaines, ces coexistences chez un seul et même individu du morphinisme, de l'éthérisme, de l'alcoolisme, de l'absinthisme, etc. etc.

Nous avons voulu montrer, et peut-être nous sommes nous un peu trop étendu sur la cause initiale des intoxications, que ces dernières reposaient surtout sur un état de terrain particulier. Qu'on soit bien convaincu que l'appétit que peut avoir un individu pour les divers agents d'intoxication, est souvent associé à d'autres signes de dégénérescence tant physiques qu'intellectuels ; à d'autres symptômes de déséquilibre. Cette proposition que Lasègue a formulée sous cette forme « *Ne devient pas alcoolique qui veut* » peut être généralisée et étendue à tous les agents d'intoxication volontaire.

« *Ne s'intoxique pas qui veut* » a dit M. Pichon (1). Et chez les individus placés sous le coup de ces différentes passions, de tous ces appétits maladifs dont nous allons parler, on trouvera souvent avec une tare héréditaire des signes de déséquilibre mentale non douteuse.

Examinons maintenant et passons en revue les divers états toxiques que nous nous sommes proposé d'étudier plus particulièrement, c'est-à-dire avec la morphinomanie.

Certaines intoxications ne se sont montrées jusqu'ici qu'exceptionnellement associées au morphinisme, aussi

(1) Pichon, Loc. cit. page 375.

ne ferons-nous que les mentionner. Chez les individus, hommes ou femmes, qui usent de ces poisons, ces derniers, avec le temps, deviennent des habitudes plus ou moins impérieuses et irrésistibles. On a signalé, il y a quelques années, la manie de respirer le chloroforme ; le bromure de potassium, surtout parmi les hypochondriaques et les hystériques, a un grand nombre d'adeptes. Moreau, de Tours, Villard, Decourtine, etc., ont décrit les effets du haschich. Morton, en 1878, a fait connaître le théisme dont abusent surtout les femmes américaines qui, non contentes de joindre au thé fumé en cigarettes la morphine et l'opium mélangé avec ce thé, absorbent, à chaque séance où elles fument, deux trois verres d'absinthe à la glace. « La « naphtomanie vient de naître à Boston où l'on voit, paraît-il, des gens respirer avec délices les vapeurs qui s'échappent d'un flacon renfermant un mélange de naphte et de « pétrole. La sulfonal et la foudroyante strychnine, elle-même, ont aussi leurs amateurs et on a vu récemment « un professeur de droit morphinomane s'empoisonner « accidentellement avec une forte dose de cantharidine. « Nul doute que les injections du suc testiculaire de M. « Brown-Séquard et de la spermine, cette ptomaïne que « l'on vient d'en isoler, ne donnent prochainement lieu à « une manie semblable et que nous ne connaissions bien- « tôt la sperminomanie, d'autant plus qu'on voit que les « morphinomanes ont une frigidité toute particulière du « côté des organes génitaux au bout d'une certaine durée « de morphinomanie. Je citerai encore une curieuse ob- « servation de Wigam dont le sujet usait et abusait à la « fois de l'éther, du bromure de potassium, du chloral, du

« haschich et de l'alcool et surtout de la morphine : toute la lyre ! » (1).

Nous étudierons, en détail seulement, les toxiques le plus souvent surajoutés à la morphine, c'est-à-dire l'opium, l'alcool, le chloral, l'éther et la cocaïne.

1° *Opium et morphinomanie.*

Nombreux sont les morphinomanes qui sont en même temps opiomanes. Ils prennent cette seconde habitude ou pour ajouter des sensations à celles que leur procure la morphine, alors qu'ils sont effrayés de la quantité de morphine qu'ils absorbent, ou pour se corriger du poison morphinique, espérant s'en tirer facilement en remplaçant la morphine par le laudanum, l'extrait de thébaïque et les diverses préparations opiacées.

Dans le premier cas, on ne peut nier à l'opium une action plus durable, quoique bien plus lente à se produire, et une euphorie marquée même chez les morphinomanes invétérés et insensibles à la piqure. « D'une part, un morphinomane peut se contenter d'une dose d'opium notablement inférieure à la dose correspondante de morphine qui lui était nécessaire ; de l'autre, n'étant plus obligé de se réfugier, quatre, six, huit fois par jour dans quelque endroit secret pour pratiquer ses injections, il tient moins souvent et moins longtemps sa pensée fixée sur sa malheureuse passion et échappe en partie, par ce fait

(1) Chambard, *Les Morphinomanes*, page 144.

« même, à l'auto-suggestion qui constitue l'élément psychologique de l'habitude morbide » (1).

En associant les préparations opiacées aux piqûres de morphine, le morphinomane ajoute de nouvelles sensations à celles qu'il possédait déjà. Ce qui séduit le morphinomane, c'est la piqûre. Le malade éprouve une âcre volupté à se faire des piqûres. « Pour certains sujets, il existe un véritable attrait à pratiquer cette opération sur eux-mêmes, malgré la douleur assez vive qu'elle occasionne et plusieurs de ces malades m'ont affirmé que s'il fallait absolument réduire la dose, ils aimeraient infiniment mieux l'absorber en plusieurs fois qu'en une seule » (2).

Le dérivé opiacé le plus employé est le laudanum de Sydenham. On voit des malades en absorber des verres à liqueur ; ils mesurent leur dose de laudanum au verre, au lieu de la mesurer à la goutte.

D'autres préfèrent le laudanum de Rousseau, beaucoup plus actif ; d'autres enfin emploient l'extract thëbaïque ou l'élixir parégorique. Nous croyons que c'est le laudanum de Rousseau qui possède l'action euphoristique la plus prononcée, en tant que préparation opiacée. Les morphinomanes qui associent l'opium à la morphine, prétendent trouver une différence très marquée entre les deux. L'action de l'opium, outre qu'elle serait moins rapide que celle de la morphine, comme nous l'avons dit plus haut, permettrait mieux le travail intellectuel. Nous avons entendu cette idée émise par plusieurs.

(1) Chambard, loc. cit., p. 232.

(2) Ball. Leçons sur le morphinomanisme, p. 15.

Pour les morphinomanes qui deviennent opiomanes tout en restant morphinomanes, à la suite de tentatives faites pour se débarrasser de leur morphine, nous empruntons à Zambacco (1) les appréciations suivantes :

« Peut-être les nombreux principes que l'analyse chimique nous a révélés dans l'opium et ses diverses préparations se contre-balancent-ils et annihilent-ils, par leur action réciproque, leur effet malfaisant, de manière que l'organisme n'en retire que l'influence salutaire. » C'est pour ces raisons que Zambacco signale l'habitude de manger de l'opium comme moins tenace et moins dangereuse pour le corps et l'esprit, que celle de se faire des injections de morphine.

Nous croyons, pour notre part, que si la substitution de l'opium ou son association à la morphine peut donner quelques bons résultats dans le traitement de la morphinomanie par la méthode lente ou progressive, alors que les morphinomanes n'ont ni le temps ni les moyens de se permettre la courte mais pénible épreuve que nécessite le sevrage brusque, on n'arrive le plus souvent à la suite d'un semblant de traitement qu'à surajouter une seconde forme d'intoxication à une autre. Le morphinomane agacé ou fatigué par un traitement qu'il juge long et pénible, n'ayant pas le courage de se soumettre à une suppression brusque, joindra presque toujours à l'usage de la morphine qu'il continuera, celui du laudanum, d'extrait thébaïque, etc., dont il aura contracté l'habitude au cours de son début de démorphinisation.

Si l'opium pris en même temps que la morphine et

(1) Zambacco. Morphinomanie. Encéphale. 1862.

continué pendant un certain temps, a quelques avantages pour le morphinomane, il présente plusieurs inconvénients qui compliquent d'autant le cours normal de la morphinomanie.

L'amaigrissement est beaucoup plus rapide chez l'opiomane que chez le morphinomane simple ; de même, la perte d'appétit. La saveur de l'opium et de ses dérivés est âcre, amère, nauséabonde. Pris par la voie buccale, il amène bientôt des nausées et des vomissements ; la langue, au réveil, est épaisse et saburrale ; la bouche est pâteuse et mauvaise. La constipation est beaucoup plus opiniâtre que dans le cas où la morphine est seule administrée par voie hypodermique. Nous avons même vu deux cas où les malades présentaient une teinte istérique bien caractérisée. Tous les deux joignaient à la morphine, le laudanum de Rousseau à dose relativement élevée pour la quantité de morphine absorbée hypodermiquement (0,85 cent. dans un cas, et un gramme dans l'autre).

Ce qu'il y a de particulièrement curieux chez les opiomanes, en même temps morphinomanes, c'est l'abondance des débâcles, des flux diarrhéiques intenses, alternant avec des constipations que la curette rectale est seule capable, parfois, de faire disparaître.

Ces diarrhées et débâcles s'accompagnent presque toujours de ténésme rectal excessivement pénible et de pruritanat qu'une dose hypodermique de morphine peut seule calmer. Les selles sont bilieuses au plus haut degré.

On sait et M. Sollier (1) l'a prouvé encore récemment,

(1) Sollier. — Congrès français, médecine interne. Bordeaux. La fonction hépatique dans la morphinisation. *Bulletin médical*, 4 septembre 95.

que sous l'influence de l'intoxication morphinique, le foie cesse de fonctionner avec la même activité. Sous l'action de la suppression brusque du poison, il se produit parfois une telle évacuation de bile qu'on a noté des accidents dus à de l'asphyxie bulbaire, amenant des syncopes respiratoires. Ces débâcles survenant, dans la démorphinisation, nous ont paru intéressantes à signaler et nous en avons réuni trois observations dont nous publions en bloc le résumé, toutes les trois présentant les mêmes symptômes.

Il s'agissait de trois morphino-opiomanes. Deux (les deux dont nous avons parlé précédemment) prenaient du laudanum de Rousseau à la dose de 20 à 25 grammes par jour ; le troisième prenait environ 40 grammes de laudanum de Sydenham et de 0,15 à 0,20 cent. d'extrait thébaïque en pilules. La quantité de morphine variait de 0,80 à un gramme, sans dépasser cette quantité. Tous les trois étaient morphinomanes depuis quatre ans environ ; quant à l'opiomanie, elle avait longtemps été chez eux intermittente avant de s'associer de façon définitive au morphinisme.

Sitôt que l'opium était diminué et cessé, la quantité de morphine restant la même, il survenait des diarrhées terribles presque de suite, avec ténésme, épreintes, et rien ne pouvait arrêter ces débâcles qu'une nouvelle ingestion de laudanum.

Ces faits nous ont paru intéressants à signaler : ils semblent montrer que chez certains morphino-opiomanes, la morphine agit de son côté, pendant que les autres dérivés de l'opium ingérés agissent de l'autre.

2° *Alcoolisme et Morphinisme*

L'alcoolisme sous ses nombreuses espèces est certainement l'intoxication qui coïncide le plus souvent avec le morphinisme, soit que le malade, d'abord alcoolique, puis accidentellement initié aux charmes trompeurs de la morphine, n'ait pu rompre, pour cela, avec sa passion primitive, soit que, devenu morphinomane sans être alcoolique, il ait cru devoir tenter, dans un but curatif, la substitution de l'alcool à la morphine.

C'est, croyons-nous pouvoir dire, la complication la plus fréquente du morphinisme. Si elle est d'un grand intérêt au point de vue clinique et si, par suite, elle mérite de nous arrêter ici sous ce rapport ; elle est également intéressante au point de vue médico-légal. Nous ne nous arrêtons pas sur le rôle que joue l'alcoolisme associé à la morphinomanie, légalement parlant, ni sur le rôle qu'il peut jouer dans l'accomplissement de certains des actes délicieux que commettent aussi les morphinomanes.

L'alcoolisme et la morphinomanie marchent souvent de pair. Ce sont, le plus souvent, l'apanage de natures spéciales et affaiblies primitivement, et qui, dépourvues du courage nécessaire pour entreprendre la lutte pour l'existence, cherchent un appui dans des stimulants factices. L'alcool et la morphine se trouvent alors être les deux termes d'une même série.

Longtemps l'alcool a été le seul remède des gens cherchant l'oubli de leurs maux. Depuis quelques années la

morphine a été pour ces natures amollies et dégénérées, une sorte de révélation.

Pour quelques-uns, nous ne voulons parler que des morphinomanes par euphorie, la curiosité a fait le mal ; mais pour d'autres déjà adonnés à l'alcool, ce poison ne suffisant plus à leur appétit maladif, la morphine a été regardée comme un nouvel élément donné à leur système nerveux blasé. Cette coexistence de l'alcoolisme ou de l'abstinthisme avec la morphinomanie est peut-être plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

L'alcoolisme modifie surtout la morphinomanie pendant l'abstinence. Le morphinomane en état d'abstinence peut-il être en proie à un « *délirium tremens* » ? La question a été discutée. Levinstein ne l'a guère trouvé que dans le cas de suppression brusque de la morphine. Nous croyons pour notre part, qu'on ne doit guère le noter que dans des cas où l'alcoolisme joue un rôle prépondérant et doit être incriminé pour une plus large part que la morphinomanie.

Monsieur Pichon s'exprime comme il suit en parlant de la coexistence de l'alcoolisme et de la morphinomanie :

« 1° Tout d'abord, il y a, entre l'ivrognerie morphinique et l'ivrognerie alcoolique, cette différence essentielle
« que la privation de morphine provoque chez l'intoxiqué
« un état spécial, un état de besoin, que nous avons appelé
« psycho-somatique, qu'on ne retrouve pas dans l'alcoolisme
« et qui lui appartient, du reste, en propre.

« 2° A l'alcoolisme appartiennent les hallucinations
« terrifiantes de la vue, les conceptions délirantes de persécution, les crises nocturnes, des troubles dyspeptiques
« variés dans l'ordre physique.

! « 3° Le morphinisme produit bien rarement des troubles psycho-sensoriels, à proprement parler, excepté « l'état d'abstinence morphinique qui est tout différent. Les « troubles dyspeptiques du morphinisme sont plutôt des « troubles d'ordre névralgique et ne provoquent pas de « lésions.

« 4° L'amaigrissement rapide, la coloration jaune de « la face et, surtout, l'arrêt de la menstruation, chez la « femme, sont les effets les plus ordinaires d'une longue « intoxication par la morphine.

« 5° Ces deux états (alcoolisme et morphinisme) peuvent coexister ou alterner chez le même individu, et il « est souvent possible, par une analyse chimique attentive, « de dissocier, chez un morphinomane alcoolique, les « éléments qui appartiennent et au morphinisme et à « l'éthylisme (1) ».

Si les morphinomanes associent à leur poison favori aussi souvent l'alcool sous ses différentes formes, c'est que ce dernier, pris d'abord à doses modérées et le plus ordinairement sous forme de vin vieux ou même de liqueurs non adultérées, favorise chez eux les fonctions digestives si souvent troublées. L'appétit semble conservé, la digestion est plus facile, la nutrition générale est satisfaisante ; la maigreur squelettique et la pâleur cadavérique s'atténuent ; la gaité et la vivacité du caractère, l'activité intellectuelle, l'aptitude au travail sont, en partie conservés et l'action hyposthénisante de la morphine prise à l'état chronique, par voie hypodermique, se trouve atténuée, pour ainsi dire et moins prononcée.

(1) Pichon loc. cit. p. 312.

Mais bientôt le morphinomane ne voit plus un tonique dans l'alcool ; mais un adjuvant de sensations nouvelles. Après avoir absorbé de l'alcool par la voie buccale, la piqure de morphine revêt pour lui une intensité de sensations, beaucoup plus considérables que lorsqu'il n'avait recours qu'à la seringue de Pravaz.

Peut-être le morphinomane trouve-t-il la source de cet alcoolisme précoce dans l'abus qu'il fait de l'usage des vins médicamenteux dont il se sert, alléché par nombre d'annonces dans des feuilles publiques promettant une régénération et une tonicité des tissus épuisés. Le public se laisse prendre facilement à ces fallacieuses promesses ; à plus forte raison, le morphinomane se laissera-t-il entraîner, lui, qui déprimé, anémié, amaigri, cherche, sans se priver de morphine, à remonter au niveau physique d'où il est tombé ! On a affaire à un débile, animé de tentations malsaines, avide de sensations inconnues, d'excitation intellectuelle ou physique, suivant la profession qu'il exerce ; à un individu dont l'organisme est déjà marqué du sceau de la déchéance, ne sachant pas opposer à une passion envahissante la réflexion et le bon sens ; se laissant glisser sur la pente fatale sans s'occuper des conséquences où l'entraînent ses vices pour l'avenir.

Aujourd'hui que les vins toni-régénérateurs, généreux, reconstituants, que les élixirs sont plus que jamais à l'ordre du jour ; que les organismes dégénérés et incapables de se soutenir pour le combat de la vie, sont baptisés du nom d'organismes anémiés, les spécialités alcooliques pharmaceutiques trouvent un placement sûr chez une foule de débilisés, qui ne se doutent pas qu'avec l'excitation qu'elles

lui procureront, la tonicité momentanée qu'elles lui apporteront, ils deviendront des « *accoutumés* » de cette excitation factice, qu'ils chercheront à faire renaître en augmentant les doses ou en les renouvelant plus fréquemment, ce qui revient au même. Pour peu que ces débilités soient morphinomanes, on prévoit qu'ils auront bientôt ajouté une nouvelle intoxication à celle qu'ils nourrissaient déjà.

Nous n'avons parlé que des morphinomanes joignant l'alcoolisme à la morphinomanie dans le but de tonifier leur organisme, atteint de déchéance par l'abus de la morphine et de se remonter en employant un reconstituant qui leur semble doué d'excellentes propriétés, malheureusement factices et entraînant facilement à l'abus ; nous allons dire quelques mots maintenant des morphinomanes, qui, voyant dans l'alcool, non plus un tonique et un simple adjuvant du traitement démorphinisateur, quand ils l'emploient dans ce dernier but, le considèrent comme un substitut de la morphine, libres qu'ils sont de prendre de ce nouveau poison à leur guise, en quantité et de provenances quelconques.

« Il en arrive alors comme de la prétendue substitution
« de la cocaïne à la morphine : les mêmes causes qui ont
« rendu morphinomanes des individus prédisposés par
« leurs antécédents héréditaires et la faiblesse de leur
« caractère à tous les excès et aux habitudes les plus nuisibles flattant momentanément leurs goûts, les rendent
« alcooliques et, bien loin de se substituer au morphinisme,
« l'alcoolisme s'y surajoute, livrant ainsi le sujet aux ravages d'une double intoxication chronique dont la seconde

« est au moins aussi funeste et à peu près aussi tenace que celle qu'elle prétendait guérir ». (1)

Aussi est-il dangereux de vouloir combattre et guérir la morphinomanie par une substitution alcoolique. C'est surajouter l'alcoolisme à la morphinomanie et exposer l'individu intoxiqué aussi bien aux accidents de l'alcoolisme qu'à ceux de la morphinomanie.

De même que nous avons vu des morphinomanes devenus opiomanes et conservant une tolérance relative à l'égard de leur morphine alors que l'opium supprimé déterminait rapidement des diarrhées terribles et épuisantes ; de même il semble par quelques exemples rapportés dans divers auteurs que l'organisme morphinisé auquel vient se surajouter l'alcoolisme, devient intolérant dès l'instant que l'alcool absorbé est devenu une seconde intoxication chronique.

Monsieur O. Jennings (2) a rapporté l'observation d'une demoiselle de 32 ans, chez laquelle ce fut à dater, du moment où elle se mit à boire « dix » verres à bordeaux de vulnérable par jour, qu'apparurent les symptômes d'intolérance de l'organisme à l'égard de la morphine.

Nous pouvons rapporter une observation personnelle où nous avons vu un morphinomane arrivé à prendre graduellement un gramme environ de chlorhydrate de morphine par jour, sans troubles digestifs bien appréciables, à part la constipation, atteint de vomissements opiniâtres, de dégoût pour les aliments au bout de deux mois seule-

(1) Chambard, loc. cit. p. 233.

(2) Jennings, Encéphale, 1882.

ment d'intoxication alcoolique surajoutée à l'intoxication morphinique. Il prenait environ un demi-litre d'eau-de-vie ou de rhum par jour.

3^e *Chloralisme et morphinomanie.*

La chloralomanie, qui offre de nombreux points de ressemblance avec la morphinomanie, était absolument inconnue il y a quelques années. On connaissait le chloral, mais on ne connaissait point l'abus du chloral, ni les effets qu'il engendre quand on en prend d'une façon chronique. On avait signalé des empoisonnements aigus, qui n'avaient aucun rapport avec la chloralomanie et ses caractères. Cette intoxication nouvelle jointe au morphinisme, est heureusement rare et les quelques cas qu'on en cite, ont presque tous pour origine exclusive l'intervention thérapeutique. M. Pichon en cite trois cas où l'intoxication chronique par le chloral avait revêtu, dans l'espèce, absolument les caractères de véritables passions chloraliques ; dans ces trois cas, la passion pour le chloral n'était pas isolée et s'aggravait d'une morphinomanie rebelle.

Dans le cours d'une morphinomanie normale, on note de l'inertie de toutes les facultés mentales, inertie intellectuelle, morale et affective, à un point tel que certains auteurs regardent les morphinomanes comme des gens incapables de se diriger et de vivre de la vie commune. On note également des troubles physiques, principalement de la nutrition, dus au mauvais fonctionnement général de l'organisme.

Dans le chloralisme, associé à la morphinomanie, ces

troubles physiques et psychiques revêtent une intensité que la morphine seule est loin de donner.

Occupons-nous d'abord des troubles physiques, que nul auteur ne conteste ; nous examinerons ensuite les troubles psychiques contestés par quelques-uns et rejetés sur l'abus de la morphine.

Les troubles physiques très-prononcés sont indiscutables, tant à cause de leur époque d'apparition que de leurs caractères particuliers. Ce sont surtout des vomissements, accompagnés de douleurs violentes et de sensations de brûlure le long de l'œsophage. A ces vomissements se joignent une douleur épigastrique et du pyrosis. Souvent et à intervalles même assez rapprochés, se montre une diarrhée, qui coïncide le plus souvent ou suit immédiatement une dose de chloral un peu plus considérable. La face est rouge et marbrée de taches rouges, principalement au front et après les repas ; la respiration est anxieuse ; les yeux sont larmoyants ; le nez coule parfois comme dans les accidents légers d'iodisme ; enfin la bouche est pâteuse et sèche ; l'haleine fétide avec une odeur d'aldéhyde. Tous ces symptômes augmentent, si l'ingestion de chloral est retardée, et quand l'habitude du nouveau poison est prise, il exerce sur l'organisme une tyrannie aussi forte, sinon plus, que la morphine. L'état d'abstinence chloralique n'est pas cependant comparable au tableau bruyant de l'abstinence morphinique.

Les troubles psycho-sensoriels sont niés par certains auteurs, entre autres par M. Pichon, qui, dans son livre sur le morphinisme (1), après avoir rapporté l'observation

(1) Pichon, loc. cit., p. 348.

de deux malades, morphino-chloralomanes, s'exprime comme il suit : « Ces observations nous permettent d'avancer, avec beaucoup de probabilités que l'intoxication chloralique chronique, au point de vue de l'action sur les centres cérébraux, n'est pas absolument comparable à l'empoisonnement chronique par la morphine. Car, c'est un point que la double existence des deux intoxications chez un même malade, à l'avantage des faits isolés, fait bien ressortir ; dans les cas de ce genre, le terrain restant le même, il est loisible de comparer les effets et absolument légitime alors de tirer des conclusions. Or, dans l'espèce, les habitudes chloraliques n'entraînent aucun accident cérébral nouveau chez nos morphiniques. Il nous est donc permis de conclure, tout au moins de cas particuliers, que l'usage longtemps continué du chloral, n'engendre aucun trouble psychosensoriel et ne provoque aucune conception délirante. Et c'est là un point de diagnostic différentiel avec le morphinisme, avec l'alcoolisme de la plus haute importance : ces deux empoisonnements tiennent, sous leur dépendance, des désordres cérébraux indéniables consistant, pour l'alcoolisme, en un véritable état délirant, avec phénomènes psychosensoriels variés : hallucinations, etc., pour le vice alcoolique et en une véritable modification de l'état mental pour le vice morphinique. On pourrait nous dire que nos malades ne présentaient pas, pour le développement d'accidents cérébraux, un milieu favorable à l'influence du chloral. Or, à cela, notre réponse ne souffre pas de réplique : nos malades se sont livrés à des abus morphiniques, ils en ont subi les malheureux

« effets, et parmi eux, des troubles d'ordre cérébral, c'est
« donc qu'ils offraient un milieu propice au développement
« des états toniques. Ils ont fait, plus tard, des abus jour-
« naliers de chloral, et, au point de vue cérébral, ils n'ont
« rien présenté. »

Nous croyons cependant que le chloralisme chronique a une influence sur les centres nerveux et détermine de ce côté certains troubles particuliers. Rehm (1), médecin de l'asile de Blankenberg, nota les symptômes suivants, dans un travail sur l'abus prolongé du chloral : paralysie, vaso-motrice, abaissement de la température centrale, éruptions cutanées, parfois compliquées de gangrènes, tendance aux hémorrhagies, diarrhée, anorexie, douleur vague à l'épigastre, etc.

Pour lui, les troubles nerveux et psychiques tiennent une large place dans la symptomatologie du chloralisme chronique ; ils consistent en secousses convulsives, accès épileptiformes, morosité, tristesse, accès de manie et « autres formes de démence », apathie, dépression des facultés intellectuelles, insomnies. Alors que les troubles circulatoires et trophiques paraissent pour Rehm, liés à la paralysie des vaso-moteurs, il rattache les troubles nerveux énumérés plus haut à l'action directe du chloral sur l'encéphale et la moëlle.

Kirn, dans un travail publié en 1883 (2), rapporte l'observation d'un homme de 35 ans, névropathe et asthma-

(1) Rehm. — Chronische Chloralmissbrauch. Arch. für Psychologie und Neuropathologie, Bd. XXXVII.

(2) Kirn. — Über chloralpsychosen (1883).

tique qui était arrivé, en 6 mois, à joindre à la morphine le chloral, à la dose de 8 grammes. Il présentait en outre de troubles physiques appréciables, un grand affaiblissement de l'intelligence et de la volonté. Kirn, l'ayant traité par la suppression brusque, alors qu'il n'avait retiré d'un traitement lent d'autre bénéfice qu'une rechute, le malade présenta une agitation violente, avec hallucinations terrifiantes de l'ouïe, avec anxiété et insomnie. Ce n'étaient certes pas les 5 centigrammes de morphine qu'absorbait le malade depuis 6 mois, qui étaient la cause de ces troubles nerveux violents.

Dans la thèse de M. le docteur Hodée (2), nous trouvons également décrits ces troubles nerveux dans la partie de l'ouvrage où il rapporte tout au long son observation personnelle. Nous y reviendrons, d'ailleurs, en parlant du traitement des intoxications associées.

Nous croyons qu'on ne saurait trop insister sur les aveux des malades, qui sont, plus que personne, parfaitement à même de comparer. Nous empruntons les lignes suivantes à la thèse précitée : « C'est alors que le choral est
« commencé, pour remédier aux insomnies ; d'abord à
« doses modérés, deux ou trois grammes ; bientôt à hautes
« doses.

« Le besoin chloralique se fait sentir au même degré
« que le besoin morphinique. Les vomissements devien-
« nent fréquents. Si nous reculons l'heure de l'ingestion de
« choral, la face devient rouge et congestionnée, des taches

(1) Hodée. — Causes prophylaxie et traitement de la morphinomanie.
Thèse, Paris, juin, 1895.

« se montrent sur le front, sur les joues, se détachant net-
« tement sous forme de plaques rouge-vif, sur un fond de
« rouge plus sombre. En même temps il y a de l'anxiété
« que la morphine et la cocaïne sont impuissantes à calmer.
« Parfois, des diarrhées surviennent sous forme de débâ-
« cles, alternant avec une constipation opiniâtre. Un mois
« après le début de l'ingestion de chloral, nous absorbons
« jusqu'à 8 grammes de ce nouveau toxique, dont, sans
« cesse, il nous faut augmenter la dose. *Loin de calmer*
« *nos insomnies et nos hallucinations de l'ouïe, nous les*
« *augmentâmes d'une façon effrayante.* Nous pensâmes
« même sérieusement au suicide, sous l'impulsion du dé-
« lire de persécution qui nous hantait.

Disons toutefois pour terminer cette brève étude du chloralisme associé à la morphinomanie, qu'il ne semble pas à craindre, que la chloralomanie devienne une passion aussi tenace que la morphinomanie et fasse jamais autant de victimes. Le goût détestable du chloral suffirait à écarter bien des amateurs. D'ailleurs l'action hypnotique du chloral n'a rien de commun avec l'action euphorique de la morphine. Il détermine un sommeil brusque, sans rêves ; il n'a point les rêveries ni les langueurs de l'opium. On se morphinise par goût ; on ne se chloralise guère que par nécessité ou par surprise.

Il en est d'ailleurs pour le chloral, comme pour l'opium et l'alcool et les autres toxiques que nous étudierons dans la suite, associés à la morphine. Ils ne sont surajoutés à l'intoxication première et nous avons insisté sur ce point avant de commencer en détail l'étude des intoxications surajoutées à la morphine, que lorsque le morphinomane

veut ajouter une euphorie à celle qu'il possède déjà, ou que lorsqu'il veut supprimer la morphine, espérant s'en déshabituer par l'administration d'un autre toxique.

Pour nous résumer, au sujet de la coexistence chez le même individu du chloralisme et de la morphinomanie, nous croyons pouvoir dire :

1° Les ingestions quotidiennes de chloral, développent quand elles sont liées au morphinisme, un chloralisme qui présente certaines analogies avec la morphinomanie, mais s'en éloigne par certains autres côtés ;

2° Le chloralisme s'accompagne pour l'intoxiqué d'une tendance irrésistible à augmenter quotidiennement les doses de son poison et devient au même titre que la morphinomanie un véritable besoin vital ou psycho-somatique ;

3° Les symptômes physiques du chloralo-morphinisme consistent surtout en une aggravation des troubles gastro-intestinaux normaux et habituels dans la morphinomanie simple ;

4° Les troubles psychiques existent, quoiqu'en disent certains auteurs. Ils consistent en une dépression profonde, une anxiété qu'augmente l'abstinence chloralique, en hallucinations de l'ouïe et en insomnies.

L'affaiblissement mental et intellectuel est plus considérable et plus rapide que si la morphinomanie évolue seule comme intoxication.

Nous parlerons à la partie traitement, du mode de suppression à employer pour guérir un individu de morphino-chloralisme.

4^e. *Ethérisme et Morphinomanie*

Récemment étudiée par Beluze (1) ; Hart (2) et quelques autres observateurs, l'éthéromanie a fait ces dernières années de grands progrès et elle a atteint des proportions considérables, en Irlande principalement. Substituer l'éther à l'alcool semble pour les Irlandais, se mettre en règle avec leur conscience et éviter toute intempérance. C'est au point que le synode a demandé une réglementation du commerce de l'éther et que la Chambre des Communes lui a accordé les mesures prohibitives réclamées. L'éthérisme joint à la morphinomanie est rare ; on en trouve une belle observation dans le livre de M. Pichon « sur le morphinisme », mais nous ne pensons pas que cet usage de l'éther se généralise, pris à hautes doses, il restera exceptionnel ; il est incompatible avec la vie active exigée aujourd'hui par le « *struggle for life* ». Son odeur pénétrante et tenace, le malaise durable et l'incapacité physique et intellectuelle qu'une inhalation un peu prolongée laisse après elle, le repos et le loisir absolu qu'elle exige, en restreignent forcément l'emploi à ceux qui, libres de leur temps et de leur conduite, n'ont ni réputations à ménager, ni obligations à remplir. Comme dit Monsieur Chambard (3), « *ce sera toujours un poison de luxe* ».

Quand l'éthérisme est joint à la morphinomanie on observe certains symptômes psychiques qu'on ne note pas

(1) Beluze. — Thèse. Paris, 1886.

(2) Hart. — On the drin king ; its resules. British. médical Journal 1890.

(3) Chambard. — Loc. cit., p. 136.

dans la morphinomanie. M. le Professeur Régnard, dans une conférence faite à l'Association pour l'avancement des sciences (1), s'exprime comme il suit à ce sujet : « Au début
« d'une inhalation d'éther, on ressent une grande fraîcheur
« à la face et dans les voies respiratoires ; puis, la vue se
« trouble un peu, les oreilles bourdonnent ; on est pris
« d'une sorte de vertige qui n'a rien de désagréable ; les
« conceptions intellectuelles deviennent gaies, charmantes ;
« quelques hallucinations se développent, en général assez
« simples. Il ne faut pas augmenter alors la dose d'éther,
« car on arriverait à une période d'excitation et même à un
« sommeil anesthésique absolu tels que le produisent les
« chirurgiens. Les gens qui s'éthérisent le savent bien
« et modèrent le poison pour faire durer le plaisir plus
« longtemps. Après l'inhalation, le sujet revient presque à
« son état naturel ; il se sent la tête un peu lourde et l'esprit
« un peu obtus ».

On peut dire que les phénomènes d'excitation intellectuelle sont bien différents de l'euphorie morphinique et qu'ils leur sont supérieurs à nombre d'égards. Ils sont d'autant plus marqués que les inhalations sont plus réservées et ménagées. C'est en respirant simplement les vapeurs d'éther émanant d'un flacon à large ouverture plein de ce liquide qu'on le goûte le mieux.

Si on vient à forcer la dose ; les troubles de la sensibilité prennent le dessus et on note divers phénomènes que la morphine, même prise en excès, est incapable de pro-

(1) Régnard. — Les poisons à la mode. La morphine et l'éther. *Revue scientifique*, 2 mai 1885.

duire. Les fourmillements sont intenses, les hallucinations de la vue apparaissent avec objets brillants et fantômes ; l'esprit s'engourdit après avoir produit une foule d'idées qui semblent plus brillantes et plus ingénieuses les unes que les autres et qui ne laissent guère trace de leur passage ; des battements isochrones à ceux du cœur se font sentir dans la poitrine et le sommeil survient, lourd, abrutissant, laissant au réveil un état nauséux pénible.

L'éther pris d'abord en inhalations, soit en respirant les vapeurs qui se dégagent du flacon même, soit en respirant les vapeurs d'une certaine quantité versée dans une soucoupe, est souvent ingéré par les malades, qui boivent à même la bouteille d'éther. On les reconnaît facilement à leurs lèvres blanches et brûlées, à leurs gencives érodées, à leur langue dépouillée de sa muqueuse, à leur pharynx rouge. Le sens du goût, chez eux est émoussé et même parfois aboli ; l'hébétude est profonde et la mémoire en subit le contre-coup.

Il y a, en effet, une profonde différence entre les buveurs d'éther et ceux qui se servent de ce toxique en inhalations, seulement au point de vue des troubles intellectuels beaucoup plus marqués chez les premiers que chez les seconds, à moins d'arriver à un degré d'intoxication chronique considérable chez les malades qui « *inhalent* » le poison.

C'est dans la sphère des facultés morales que les troubles sont surtout appréciables. Nous n'avons point à insister là-dessus ; cette question ayant trait spécialement aux rapports médico-légaux ; il nous a paru bon toutefois de signaler le fait. Cette idée n'est cependant pas acceptée.

par l'unanimité des auteurs. Plusieurs et entre autres M. Pichon, nient les impulsions dans les divers états toniques.

Ce dernier, en parlant d'une malade éthéro-morphinomane dont il rapporte tout au long l'observation, se retranchant derrière sa passion et déclarant qu'elle obéissait à des impulsions malades, s'exprime ainsi : « Ce système de défense n'est pas nouveau du reste ; c'est celui employé par les femmes grosses, par les intoxiqués de toutes sortes, les alcooliques et les morphinomanes surtout. Mais, s'il n'est pas nouveau, il n'en a pas plus de valeur pour cela. Les tribunaux commencent heureusement à avoir des idées très nettes sur la responsabilité des délinquants en pareils cas ; et les jugements rendus actuellement dans cet ordre d'idées sont une preuve que les magistrats apprécient à leur juste prix les arguments de cet ordre. On connaît mieux maintenant les folies *puerpuérales* et *toxiques*, dans leurs rapports avec la responsabilité médico-légale.

« On sait (et on s'appuie pour cela sur des faits cliniques maintenant assez nombreux), que les impulsions, à part quelques cas particuliers très rares, n'existent pas plus dans les états toxiques que dans la grossesse. Et toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un argument de cet ordre, il faudra se tenir sur la plus sage réserve. Toutes les fois, aussi bien dans l'alcoolisme que dans l'absinthisme, aussi bien dans l'absinthisme que dans le morphinisme, et l'éthérisme n'échappe pas à cette règle, toutes les fois qu'un intoxiqué quelconque, en un mot, inculpé d'un fait délictueux quelconque, viendra

« mettre l'acte incriminé sur le compte d'une impulsion
« provoqué par un état toxique, il faudra se tenir sur ses
« gardes ; car, pour l'immense majorité des cas, les faits
« d'impulsions invoquées dans les différentes intoxications
« sont simulées pour les besoins de la cause.

« Et cela est vrai pour tout ce qui concerne les pas-
« sions dont nous avons parlé, depuis l'alcoolisme jusqu'à
« la cocaïnomanie, en passant par la morphinomanie et
« l'éthéromanie, évoluant seules ou associées à la morphi-
« nomanie. Jamais, en nous appuyant sur nos observations,
« l'usage de l'éther, même longtemps continué, n'a donné
« lieu à des impulsions de quelque ordre qu'elles soient.
« Pourquoi alors ces impulsions qu'on n'observe jamais et
« qu'on n'a jamais observées en clinique, se rencontreraient
« elles seulement dans la pratique médico-légale. Il est
« évident qu'elles sont invoquées pour les besoins d'une
« mauvaise cause, quoique leur existence ait été cependant
« admise autrefois par un certain nombre de médecins (1).

Nous avons fait cette longue citation, à propos de l'éthéromanie, comme nous aurions pu la faire à propos de n'importe quelle intoxication, on voit combien sont divisés encore les auteurs sur cette question. Il n'est pas jusqu'au mot « *impulsion* » qui ne soit employé dans son vrai sens. On l'emploie indistinctement pour désigner une tendance irrésistible et consciente à commettre tel ou tel acte, comme on l'applique en pathologie mentale aux actes

(1) Pichon, Loc. cit. p. 325.

de brutalité inconsciente, à l'individu qui frappe, déchire ses vêtements, etc.

Nous nous excusons de cette longue digression et nous revenons à notre coexistence d'intoxications, morphinomanie et éthérisme. Nous concluons en disant :

1° Ces deux intoxications ont certaines analogies et certaines différences. Là, comme dans toutes les intoxications, le terrain ne varie pas. L'éthérisme s'accompagne, au point de vue physique comme au point de vue psychique de symptômes beaucoup moins graves que le morphinisme.

2° L'éthérisme, une fois devenu, chez l'individu, une passion chronique ne s'accompagne pas de l'état de besoin qui caractérise la morphinomanie. Le stimulant éther, quand il manque, est mieux supporté que le stimulant morphine, dans l'état de privation.

3° Dans l'abstinence éthérique, on ne trouve pas cette angoisse, ni cette anxiété qui caractérisent au dernier degré l'abstinence morphinique.

4° Quant à la responsabilité médico-légale, les uns admettent qu'on puisse l'invoquer ; les autres la rejettent. Il semble, pour nous, et nous ne voulons pas insister, que ce soit cependant parfois une cause d'irresponsabilité.

5° *Cocaïnisme et Morphinomanie*

Nous croyons que le cocaïnisme est avec l'alcoolisme, l'intoxication la plus souvent associée à la morphinomanie. Cela se conçoit ; la cocaïne étant une substance euphorique

au même titre que la morphine, et davantage peut-être que cette dernière ; et de plus, tenace au plus haut degré, quand elle est associée à la morphine par le malade qui a en vue de se débarrasser de ce dernier poison et qui, presque toujours, associe les deux poisons, sans pouvoir ensuite se débarrasser d'aucun d'eux. C'est même, par ce second mode, que le cocaïnisme se surajoute le plus souvent à la morphinomanie.

C'est Bentley qui, en 1878, eut la funeste idée de traiter la morphinomanie par la cocaïne. Bientôt, beaucoup l'imitèrent : en Allemagne, Obersteines, Schmidt, Jœckel ; en Amérique, Waugh, Reid et Mann ; en France, Grasset (de Montpellier). Nulle part, disons-le, cette méthode, qui devait porter plus tard d'aussi détestables fruits, ne fut appliquée avec autant de suite et de rigueur qu'en Amérique et en Angleterre. La complication du morphinisme par le cocaïnisme, a pris une extension effrayante dans ces dernières années, au point qu'à peine connue il y a quelques années, elle a été l'objet depuis, de nombreuses communications et de publications intéressantes.

A Erlennmeyer, revient l'honneur d'avoir particulièrement étudié la question et d'avoir, le premier, signalé les dangers de cette funeste association. « C'est, dit-il dans un « de ses ouvrages (1), la passion la plus dangereuse et la « plus funeste qu'on ait connue depuis longtemps ; c'est « un fléau digne de figurer à côté de la morphinomanie, « et comme elle, nuisible au plus haut degré, tant au corps « qu'à l'esprit. »

(1) Erlennmeyer. *Ueber Cocaïnoucht* (Centralblatt für Psychiatrie. 1886).

Les effets de la cocaïne sont, en effet, cent fois plus pernicioeux que ceux de la morphine, et on se demande par quelle aberration cette substance éminemment dangereuse a pu jamais être conseillée par des médecins. C'est un excitant bien plus redoutable que la morphine et qui doit être banni de toute thérapeutique adjuvante, quand il s'agit de la démorphinisation d'un malade.

Sans crainte d'être démenti, nous pouvons, croyons-nous, affirmer que sur cent malades qui se servent de la cocaïne pour se guérir de la passion de la morphine, quatre-vingt-dix-huit, si ce n'est la centaine de ces malheureux ajoutent les effets pernicioeux de ce nouveau stimulant à ceux de l'ancien.

Contrairement aux précédentes intoxications que nous avons étudiées, la cocaïnomanie évolue rarement seule ; c'est une véritable exception ; et, dans la majorité des cas, elle existe à l'état de complication du morphinisme.

Les symptômes de cette double intoxication ne sont pas tels qu'on le croit. Il n'y a pas là une coexistence de deux états toxiques, mais une véritable fusion de ces deux états, une nouvelle affection dont le morphinisme, par son évolution ordinaire, n'a jamais approché. Nous dirons même avec M. Pichon « que le pronostic du morphino-cocaïnisme « est, le plus souvent, fatal. » Etudions donc ces symptômes du morphino-cocaïnisme, au point de vue physique d'abord ; au point de vue psychique et mental ensuite.

Au point de vue physique, ces deux intoxications associées, produisent un amaigrissement excessivement rapide, avec ou sans perte d'appétit. Le teint est blafard, la physionomie cadavérique et la constipation plus opi-

niâtre que jamais. Nous nous rappelons avoir vu un morphino-cocaïnomanie chez lequel 40 grammes d'eau-de-vie allemande et deux gouttes d'huile de croton, n'avaient produit aucun effet.

Le pouls augmente de fréquence, la contraction artérielle est abolie et le retentissement de cette action hyposthéniante se fait sentir sur le cœur lui-même.

La respiration est angoissée : des sueurs diffuses se montrent ; un état syncopal se développe, si on cesse les injections de cocaïne, pénible et tellement douloureux pour le malade qu'il lui donne la sensation de fin prochaine.

Le foie est parfois douloureux ; l'urine est chargée, laisse au fond du vase un dépôt rougeâtre et la région lombaire est douloureuse. Dans le cas de constipation dont nous avons parlé précédemment chez un morphino-cocaïnomanie, ses urines examinées, décelaient la présence d'albumine et de glucose en assez grande quantité ; nous regrettons d'avoir égaré les notes que nous avons prises concernant ce malade.

Le sens génésique, déjà fort diminué par la morphinomanie seule, est complètement aboli ; il y a impuissance et même défaut complet d'érection, tout au moins à une période avancée de l'intoxication.

Les muscles sont incapables de tout effort ; les os se dessinent sous la peau ; le ventre est rentré en bateau ; le moindre exercice détermine un essoufflement pénible ; tout l'être est plongé dans une apathie profonde.

Du côté psychique, les troubles sont plus terribles encore. Le sommeil est perdu, la sensibilité cutanée et sensorielle est troublée et pervertie ; quelques malades accusent

la sensation d'insectes, de vers qui rampent sous la peau.

La mémoire est diminuée ; on note un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles. « Leur impuissance intellectuelle se révèle particulièrement dans le manque de volonté, bien plus marqué que chez les morphinomanes et dans la longueur interminable de leur conversation et de leur correspondance » (1).

En dehors des hallucinations dont nous parlerons tout à l'heure, il existe des troubles oculaires périphériques : diplopie, amblyopie, chromatopsie et micropsie.

Les hallucinations sont effrayantes ; elles sont peut-être plus fréquentes la nuit que le jour, quoiqu'on les note souvent dans la journée, avec une intensité souvent considérable. Elles prédominent sur les sens de la vue, de l'ouïe, du toucher : les sens du goût et de l'odorat sont moins souvent touchés. Le malade voit des figures grandissantes, changeant de formes, des ombres mouvantes ; il entend des bourdonnements, des sons de cloches, des paroles, des interpellations.

Ces premières sensations sont discutées par le malade. Il cherche d'abord à raisonner, puis reconnaissant la toute puissance de son hallucination, entretenue d'ailleurs par des doses sans cesse croissantes de morphine et de cocaïne, surtout, et s'inclinant devant elle, il ne voit bientôt plus que par elle. Il devient alors un impulsif et c'est alors un irresponsable dans toute l'acception du mot. Nous sommes loin, on le voit, du tableau qu'offre le morphinisme normal.

Le malade vient-il à supprimer la cocaïne, au prfx

(1) Guimbail. Loc. cit., p. 270.

d'une abstinence presque aussi pénible que celle de la morphine, tous ces symptômes disparaissent. Disons toutefois que la suppression de la cocaïne est peut-être plus difficile à obtenir du malade, une fois que ce dernier y a goûté ; dans tous les cas, il récidive avec une facilité déplorable.

Nous empruntons à M. Chambard (1), l'observation résumée d'un morphino-cocainomane :

« M. V...., morphinomane, supprime la cocaïne et
« tous les symptômes observés chez lui, hallucinations,
« fourmillements dans les extrémités, secousses musculaires, etc., disparaissent.

« Six mois après, ayant repris l'usage de ce poison et
« en ayant porté la dose à 2 grammes par jour, les troubles reparurent plus accentués et plus variés. Il apercevait des ombres mouvantes se précipitant sur les murs ;
« des mains invisibles le frappaient dans le dos, sur les épaules ; la nuit, les meubles étaient bouleversés par des malfaiteurs inconnus. Une fois, il se vit assaillir par un essaim d'abeilles, elles voltigeaient autour de lui, ses vêtements en étaient couverts, il les voyait, les touchait, les caressait, mais, fait digne de remarque, ne sentait aucune piqûre et n'entendait aucun bourdonnement. Une autre fois, il rencontra sur sa route une tortue qui se mit à le suivre en gesticulant avec ses pattes pour l'engager à se jeter dans un précipice voisin. Une de ses hallucinations les plus fréquentes était une sensation particulière d'une rare ténacité qui le poussait à fouiller dans les abcès

(1) Chambard. Loc. cit. p. 152.

« qu'avaient produits ses innombrables piqûres, pour en
« retirer des prétendus insectes microscopiques. En même
« temps, on notait chez le malade de l'hypérexcitabilité
« neuro-musculaire. C'est ainsi qu'il pût, à diverses re-
« prises, s'introduire dans le rectum, un manche de cou-
« teau, des clefs, des aiguilles, « pour se donner de l'air »,
« disait-il. Après avoir discuté ses premières sensations,
« M. V... les accepta et prédisposé d'ailleurs par sa situa-
« tion de dégénéré héréditaire, fonda sur elles des interpré-
« tations délirantes : « on le poursuivait, on le narguait » ;
« on lui faisait respirer des gaz pour le rendre fou ; son
« corps se bouchait et se couvrait de vermine. Il finit
« par être pris d'un accès de manie, d'un délire maniaque
« diffus avec idées ambitieuses et de persécution. »

Nous croyons, avec plusieurs auteurs, pouvoir diviser l'évolution de la cocaïnomanie en un certain nombre de périodes, qu'on peut appeler, périodes d'euphorie, d'hallucinations, de délire et de manie.

A la première période, la cocaïne produit une euphorie analogue à celle qui succède à l'absorption de la morphine ; mais plus précoce, plus enivrante et moins durable ; elle donne une suractivité intellectuelle et un besoin d'activité musculaire.

A la seconde période, apparaissent des illusions et des hallucinations diurnes, aussi bien que nocturnes ; nous les avons décrites tout au long, nous ne nous répéterons pas..

A la troisième période, apparaissent les troubles délirants. D'abord repoussés, puis discutés, puis, enfin, acceptés et subis, les troubles de la sensibilité servent de base à un état délirant, mélange de délire hypochondriaque et de

délire de persécution. Cet état délirant se montre d'autant plus rapidement que l'exagération des doses de cocaïne est combinée avec un surmenage intellectuel plus intense.

D'une façon générale, nous voyons donc qu'alors que l'intoxication chronique par la morphine ne se complique que très-rarement, sauf, sous l'influence d'un élément vésanique ou de toute intoxication secondaire coexistante, de troubles sensoriels et de conceptions délirantes et peut se prolonger pendant des années, pour peu qu'elle soit menée avec prudence et avec modération, sans compromettre gravement l'état général ; l'intoxication par la cocaïne parcourt rapidement et fatalement les diverses phases de son évolution et ruine, à brève échéance la raison ainsi que la santé de ses victimes.

La cocaïnomanie ou plutôt la morphino-cocaïnomanie est donc infiniment plus grave et plus dangereuse que la morphinomanie simple.

Nous prenons dans M. Chambard (1), le tableau synoptique des principaux symptômes de la complication qui nous occupe et sur laquelle nous insistons tout particulièrement, étant donnée sa fréquence chez les morphinomanes et sa récurrence chez les anciens morphiniques sevrés une première fois avec succès de leur poison.

(1) Chambard. loc. cit. p. 157.



**Tableau synoptique des symptômes cliniques
de la morphino-cocaïnomanie.**

I. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ.

A. *Anesthésies et analgésies.* — Anesthésie et analgésie de la peau et des muqueuses. — Amblyopie. — Anacousie.

B. *Hypéresthésies.* — Contractures douloureuses. — Crampes musculaires.

Pseudesthésies. — *Illusions et hallucinations de la vue.* — Changement de grandeur des objets ; micropsie et macropsie. — Changement de forme des objets. — Changement de couleur des objets : chromatopsie. — Vision d'ombres, d'animaux, de figures humaines. — Vision de corps en mouvement. — *Illusions et hallucinations de l'ouïe.* — Hallucinations élémentaires. — Sons, bruits. — Hallucinations verbales, voix.

Illusions et hallucinations du toucher. — Sensations tactiles. — Sensations de corps étrangers à la surface et dans l'épaisseur de la peau et des muqueuses : vers, insectes, microbes, cristaux de cocaïne, etc.

Illusions et hallucinations de la sensibilité musculaire. — Hypéresthésie musculaire. — Sensation de chocs et d'étincelles électriques.

Illusions et hallucinations de la sensibilité générale.
(cœnesthésique). — Sensation d'absence, de déplacements,
de chûtes, d'obstructions d'organes.

II. — TROUBLES DE LA MOTILITÉ.

Hypérexcitabilité musculaire. — Convulsions. — Atta-
ques convulsives hystériformes et épileptiformes.

III. — TROUBLES DE L'INTELLIGENCE.

Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la
volonté. — Dépression mélancolique. — Préoccupations
et conceptions délirantes, hypochondriaques ; idées de
persécution ayant pour point de départ et pour thème les
troubles de la sensibilité.

IV. — TROUBLES DE LA VIE ORGANIQUE.

Anorexie. — Amaigrissement. — Cachexie.



PARAGRAPHE II

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle et résumée)

Coeexistence de l'alcoolisme et de la morphinomanie chez un dégénéré. Terminaison par suicide

Opp... John, 32 ans, courtier en librairie, morphinomane depuis 4 ans. en est arrivé à prendre en juillet 1892, un gramme vingt centigrammes de morphine. Il est d'une maigreur effrayante ; son appétit est nul ; mais ses facultés intellectuelles, quoique affaiblies, ne présentent rien d'anormal. Il se rend compte de sa situation, de telle façon qu'à la prière de ses amis et de sa famille, il convient à essayer de diminuer ses doses quotidiennes. Il arrive, en un mois, (septembre 1892) à ne plus s'injecter que 0,70 centigrammes ; mais il a pris l'habitude de boire du rhum pour, dit-il, « attendre plus patiemment et reculer « davantage l'heure de sa piqûre ». Sur ces entrefaites, le morphinomane est pris d'une poussée rhumatismale aiguë et ses bonnes résolutions, devant la douleur qu'il ressent, sont complètement annihilées. Il remonte vite à un gramme, puis à un gramme cinquante de morphine, trouvant peu de soulagement, même avec cette dose énorme, à ses douleurs rhumatismales. Il boit maintenant par besoin et pendant toute la durée de sa

poussée rhumatismale, restant couché, il a près de lui, une bouteille de rhum.

Le rhumatisme ayant presque disparu ; le malade se lève et continue de s'injecter sa même dose de morphine (1 gr. 50 environ), mais il ajoute au rhum, du whisky et du gin. Il en arrive à absorber environ un litre par jour.

Ses forces déclinant rapidement et l'appétit devenant beaucoup plus mauvais de jour en jour, il joint à ses spiritueux quotidiens, le vin à la dose de deux litres environ par jour.

La fin de l'année 1892 et les premiers mois de l'année 1893 ne sont marqués par rien de bien particulier ; on note du tremblement des mains et du tremblement fibrillaire de la langue. Le malade est irascible, s'emporte facilement et devient presque insociable. Vers le milieu de l'année 1893, il absorbe un gramme quatre-vingt centigrammes de morphine ; et il commence à accuser des hallucinations de la vue et de l'ouïe. La nuit, il voit des bêtes courir sur son lit ; il voit des enterrements ; les meubles de sa chambre remuent ; il semble, quand il s'endort, qu'il tombe dans un précipice et il se réveille en sursaut. Il entend des gens qui l'injurient et qui se moquent de lui.

On note également des hallucinations du sens du toucher.

Une nuit, le malade chercha pendant plusieurs heures, des puces qu'il sentait courir sur son corps, une fois couché, et une fois, la lumière éteinte. Si la chambre restait éclairée, il ne sentait rien.

Un soir, s'étant armé d'un couteau pour poursuivre des êtres imaginaires dans le couloir de sa maison : sa famille se décida, devant le danger qu'il présentait pour elle, à faire des démarches pour le faire interner. Un matin, on trouva le malade pendu dans sa chambre. Jamais, cependant, on n'avait remarqué d'idées de persécution bien marquées chez lui.

Nous donnons ci-dessous les quelques renseignements héréditaires.

ditaires que nous avons pu réunir, sur ce malade que nous avons connu particulièrement.

Grand-père paternel, Buveur.	Grand-mère maternelle, Nerveuse.
Père Buveur, rhumatisant, caractère bizarre.	Mère (morte) (?)

Un frère du malade, peu intelligent.

Observation II (personnelle et résumée)

Morphinomane associée à l'alcoolisme et à la dipsomanie

X..., 30 ans, a étudié le droit dans une université anglaise pendant quelque temps, deux ans environ. C'est un dégénéré héréditaire et un prédisposé. Sa mère est nerveuse, de caractère bizarre, son père est buveur ; il a un frère violent et impulsif ; une sœur est peu intelligente ; lui est morphinomane depuis 7 ans. Il a contracté cette passion pendant qu'il faisait ses études de droit, par imitation et fréquentation. Il en est arrivé en novembre 1894 à absorber 0,80 centigrammes de morphine.

Avant d'être morphinomane, il aimait à boire et souvent assez copieusement. Il s'enivrait même fréquemment au moment où il se mit à joindre la morphine à l'alcool. Il trouvait les effets de cette dernière trop brutaux et il désirait, de plus, cacher sa passion alcoolique grandissante, aux yeux de son entourage. Pour notre part, ayant connu personnellement X..., nous sommes persuadé qu'il était tout simplement désireux de joindre une euphorie à une autre, conséquence de sa prédisposition. Faisons remarquer, en passant, que la présente observation est plutôt

un exemple d'alcoolisme associé à la morphinomanie, que de morphinomanie associée à l'alcoolisme.

Quoi qu'il en soit, X... reste à des doses minimales pendant des mois et même des années, puisque ce n'est guère qu'au bout de 4 ans qu'il atteint 0 gr. 50 centigr. par jour. C'est même une chose assez surprenante chez un prédestiné, chez qui d'habitude les doses de morphine atteignent rapidement des proportions assez considérables.

Au début de la morphinomanie, en 1887 (mai ou juin), X... rentre dans sa famille, cessant ses études et il y a, de la part du malade, diminution légère des doses d'alcool ingérées quotidiennement ; mais, il prend encore au minimum, par jour, une absinthe, un ou deux verres de rhum après chaque repas et du pale-ale, quand il sort le soir (deux ou trois verres).

Au bout de quelques mois, vers la fin de l'année 1887, les doses d'alcool sont brusquement augmentées.

Le malade prétend y trouver plus de jouissances que dans la morphine et même, il cesserait facilement cette dernière, si l'état de besoin ne s'était établi chez lui ; le retard de toute piqûre à l'heure habituelle, amenant un état d'angoisse très-pénible.

En 1888 ; rien de particulier à signaler. Le malade maigrit ; l'appétit devient moins bon ; il a des pituites matinales de temps à autre.

En 1889, la morphine semble reprendre le dessus, dans les premiers mois, du moins. Les doses d'alcool sont diminuées. Il en est ainsi jusqu'au mois de juillet. Brusquement, le malade, alors à la campagne est pris d'une envie désordonnée de boire. N'ayant que de la bière à sa disposition, il veut aller à la ville. Sa famille, redoutant quelque aventure dont il était coutumier, refuse de lui donner de l'argent. Il s'échappe, n'ayant sur lui que quelques schellings, vend sa montre, ses habits, satisfait

son besoin de boire et revient chez lui, habillé en ouvrier, complètement ivre.

Ce fut le prélude d'accès dipsomaniques qui se renouvelèrent fréquemment, cette année là, notamment en septembre, en novembre et décembre, pour ne citer que les accès les plus aigus.

En l'année 1890, le malade ne les compte plus, tellement ils sont fréquents. Il sent une force qui le pousse à boire ; il faut qu'il boive. Une fois, qu'enfermé à clef dans sa chambre, il lui était impossible de sortir, même par la fenêtre grillée, il but l'eau de Cologne qui était sur sa table de toilette.

Il reste des semaines sans boire, contrairement à ce qu'il faisait antérieurement ; c'est à peine s'il prend un peu de rhum ou de bière ou de pale-ale ; il a laissé l'absinthe de côté ; mais, quand un accès de dipsomanie le prend, rien ne peut l'empêcher de satisfaire sa passion. Si on s'y oppose, il entre dans des colères terribles, brise tout ce qu'il a sous la main, et à l'aide de ruses insensées, finit par s'évader. Coûte que coûte, il satisfait son besoin ; rentre ivre, mais calme et tranquille.

Il est à remarquer que l'augmentation des doses de morphine coïncide avec la cessation d'absorption d'alcool quotidien ; pendant ses accès dipsomaniques, par contre, il n'en cesse pas, pour cela, ses piqûres qu'il se fait aux mollets et aux avant-bras.

Depuis 1891, l'état du malade reste stationnaire ; il est d'une maigreur effrayante et l'appétit est nul. Le sommeil est troublé de cauchemars pénibles. Il aurait, peut-être, des crises de dipsomanie moins fréquentes ; mais la dose quotidienne de morphine injectée va en augmentant ; nous croyons même qu'il boit du laudanum. C'est, d'ailleurs, un terrain admirablement préparé pour toutes les intoxications, qui y évolueront à l'aise. Qu'on mette entre les mains de X un flacon d'éther, une solution

de cocaïne ; nous sommes persuadé qu'il deviendra éthéromane et cocaïnomane, comme il est devenu alcoolique d'abord, puis morphinomane. Sa famille refuse de le faire interner et le garde chez elle ; nous croyons pour notre part, que ce serait pour lui, la seule chance de guérison, momentanée, ajoutons-le.

Nous n'avons pas eu des nouvelles de X... depuis plusieurs mois et nous ignorons son état actuel, état qui sera curieux à observer dans son évolution future.

Observation III (personnelle et résumée)

Morphinomanie associée à l'alcoolisme et à l'éthéromanie

La nommée B... Marguerite, française d'origine, en Angleterre, depuis 10 ans environ, âgée de 38 ans, exerce le métier de modiste. C'est à l'occasion d'une hydarthrose survenue au genou droit, à la suite d'une chute, conséquence de l'ivresse éthérée et éthylique, que nous avons fait sa connaissance. Ayant été voir la malade, avec un de nos amis le docteur Smith à Londres ; nous avons pris son observation, qu'elle a bien voulu nous communiquer, et que nous rapportons ici résumée.

Il y a cinq années environ, la malade est prise de névralgies faciales, avec irradiations douloureuses au cou et à l'épaule. Elles persistent plusieurs jours et plusieurs nuits, pendant lesquelles la malade est privée de sommeil complètement, souffrant horriblement.

Sur les conseils d'une voisine, elle se fait extraire 3 dents cariées du côté névralgique sans résultat d'ailleurs. Elle se décide à voir un médecin, qui, devant ses souffrances de plus en plus intolérables, lui pratique une injection de morphine. L'effet fut immédiat ; la malade dormit 12 heures sans se réveiller, n'éprouvant plus de douleur.

Le surlendemain, réapparition des névralgies, et nouvelle piqûre. N'étant pas riche, elle prie le médecin de lui laisser sa seringue et sa nouvelle solution de morphine, pour qu'il n'ait pas à se déranger ; si elle souffre, elle se fera elle-même une piqûre, dont on lui explique le manuel opératoire. Faisons remarquer en passant, la grave responsabilité du praticien appelé en l'occurrence, qui, sous aucun prétexte, n'eût dû laisser sa Pravaz entre les mains d'une cliente aussi névropathe qu'il était facile de s'en apercevoir au premier abord. (Nous donnons à la fin les renseignements héréditaires que nous avons pu nous procurer sur elle.)

Ce qu'il était facile de prévoir arriva. Le lendemain, même sans douleur, la malade se piqua ; elle s'injecta seulement la moitié de la dose indiquée par le médecin.

Elle alla reporter chez le médecin, la seringue et la solution quelques jours plus tard, après *s'être piquée tous les jours*, même alors que les névralgies avaient disparu complètement. Le médecin lui ayant fait *une prescription pour se procurer une solution de morphine*, la malade acheta une seringue et c'est ainsi qu'elle devint morphinomane, en 1889, au mois de Juillet. Depuis, elle a continué et au commencement de 1890, elle s'injectait un gramme environ de morphine, qu'elle se procure avec facilité, chez le pharmacien qui la connaît et lui en délivre, même sans ordonnance.

Son métier étant parfois très fatigant, elle trouva d'abord dans la morphine un excitant, mais qui ne tarda pas, au bout d'une année d'usage, à se changer en un déprimant. C'est alors que la malade a recours à des boissons alcooliques pour « *se remonter* ». Elle doit veiller fréquemment et ces jours-là elle absorbe force bière et du gin. Jamais elle n'a été jusqu'à s'enivrer ; mais elle ne se trouve bien et en état de travailler avec profit que quand elle se sent un peu étourdie. Elle est alors

loquace, gaie et chante même volontiers. On note chez elle du tremblement des mains et de la langue. Sitôt qu'elle sent venir la dépression, vite elle a recours à une forte dose de morphine et à plusieurs petits verres d'alcool qu'elle ingurgite coup sur coup.

Les choses restent ainsi jusqu'en mai 1892. Un jour de fête, pressée dans la foule, ayant peur d'être écrasée, très faible d'ailleurs, mangeant très peu ; elle perd connaissance. On la transporte dans une maison où on lui fait respirer de l'éther. « Cette odeur, dit-elle, fut pour elle comme une révélation ». Le soir même, elle achetait un flacon de ce nouveau poison et en respirait les vapeurs, avec délices, jusqu'à ivresse complète. Elle trouva cette excitation de beaucoup préférable à celle de l'alcool et sans cesser toutefois ces deux poisons, elle ajouta cette troisième intoxication aux deux précédentes. Elle apprit rapidement à ne pas dépasser la dose d'éther nécessaire et à rester sur les limites de l'ivresse, sans tomber dans l'anesthésie, ce qui lui arriva, cependant une fois. Depuis cette époque, elle continue sa triple intoxication ; elle est d'une maigreur effrayante ; ses cuisses sont couvertes d'abcès. Le dimanche, elle reste couchée, elle ne mange pas ; elle peut, dit-elle, s'étourdir 5 ou 6 fois dans la journée. Elle se rend compte de son état : mais, insouciante, n'ayant plus de famille, elle prétend que cela lui est égal de mourir.

Voici son hérédité, chargée comme on le verra ;

Grand'père paternel, mort paralytique à 62 ans ;

Une tante morte démente à 48 ans ;

Père s'est noyé ; Mère, buveuse, morte phthisique à 27 ans ;

Deux frères morts de méningite à 9 mois et à 11 mois.

— —

Observation IV (Dûe au Docteur Smith (de Londres)
résumée et inédite).

Morphinomanie associée à l'élhéromanie et à l'opiomanie

De S. . . Henry, 60 ans, ayant occupé dans sa jeunesse un poste diplomatique, est *morphinomane depuis 35 ans*. Il ne présente pas d'antécédents héréditaires appréciables. Il est devenu morphinomane par origine thérapeutique ; à la suite d'une dysenterie contractée en Egypte ; depuis il n'a jamais cessé. Ce qu'il y a de particulier chez lui, c'est qu'il est toujours resté à des doses relativement minimales, variant de 30 à 40 centg. par jour. Le malade présente une lésion mitrale avec souffle, très accentuée, et il en souffre dès qu'il cesse la morphine. Son pouls est excessivement lent et ne dépasse pas 60 pulsations à la minute. Quand il reste au-dessous de ce chiffre, le malade est en proie à une anxiété précordiale, que la spartéine (0,15 cent.) et la digitale (0,25 cent. de poudre de feuilles) peuvent seules calmer. Les artères sont dures, flexueuses et athéromateuses et cependant, jamais le malade n'a fait d'excès d'alcool.

De temps à autre, il y a de nombreuses années, il respirait des vapeurs d'éther ; principalement quand sa lésion cardiaque le faisait souffrir ; il y trouvait d'abord une amélioration, puis un bien être de beaucoup supérieur à celui que lui donnait la morphine. Cette nouvelle manie ne tarda pas à prendre de l'extension et devint rapidement une véritable passion chez lui. Souvent, sans causes appréciables, il aspire avec délices les émanations d'un flacon d'éther.

Il a, de plus, joint le laudanum à la morphine. Il en prend environ de 5 à 6 grammes par jour, pour remédier aux insomnies, que la morphine ne peut calmer.

Malgré l'intoxication invétérée due à la morphine, et malgré les deux autres toxiques associés à ce premier poison, de S... a encore une lucidité parfaite. Une piqûre de morphine suffit pour le faire sortir de sa torpeur et lui rendre son intelligence. Il est d'une maigreur effrayante, légèrement voûté ; marchant avec difficulté ; son appétit, cependant, reste assez bon.

Il est un point intéressant chez lui, sur lequel nous voulons insister ; c'est sa descendance.

Il a eu trois fils et une fille, conçus pendant qu'il était en puissance morphinique. Un de ses fils est mort en décembre 1894, phthisique et imbécile ; un second fils est idiot et le troisième est imbécile, puéril dans ses actes, et dépravé dans ses mœurs. Quant à la fille, elle est démente. Il nous a paru intéressant de signaler ces tares héréditaires, qui, si elles sont dues à la morphinomanie, sont aussi redoutables que les tares héréditaires dues à l'alcoolisme.

Observation V (personnelle et résumée).

Morphinomanie associée à la cocaïnomanie. Guérison par traitement rapide. Récidive.

B... Charles, journalier, a été morphinomane pendant 6 ans. Au début, en 1884, il s'est d'abord servi de morphine à titre de stimulant cérébral ; puis, l'état de besoin s'étant établi, chez lui, il a continué en augmentant progressivement les doses. En juin 1890, il atteint un gramme 50 centigrammes. Son poids est tombé à 40 kilos. Au commencement de sa morphinomanie, il pesait environ 65 kilos. Son appétit est nul ; il est excessivement amaigri, ses os font saillie sous la peau.

Les choses en sont là, quand le malade, conscient de son

état, et lisant tout ce qui a trait à la morphinomanie, essaie de se démorphiniser lui-même, en ayant recours à la cocaïne. Il réussit, en effet, à peu près, dans sa tentative ; il va jusqu'à ne plus absorber que dix centigrammes par jour (Janvier 1891).

Sa santé, qui s'était légèrement améliorée, s'altère de plus en plus ; le sommeil est perdu ; les insomnies sont pénibles ; le malade devient excessivement irritable. Bientôt on note des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de l'odorat. La sensibilité générale n'est pas épargnée. Il sent des vers qui rampent sous sa peau et il se gratte avec fureur, jusqu'à s'en écorcher.

Les doses de morphine remontent jusqu'à un gramme ; celles de cocaïne ne dépassent pas deux grammes cinquante. La santé de B. . . [décline de plus en plus ; il a dû cesser toute occupation, son caractère le rendant insupportable à tous.

Un jour (avril 1891), B. . . , qui, principalement le jour, a de nombreux moments de lucidité, déclare qu'il veut se guérir, brise ses seringues et vide ses solutions. Son entourage, profitant de ses bonnes résolutions, fait appeler un médecin, qui, devant l'entêtement du malade à ne pas aller dans une maison de santé, consent à pratiquer la désintoxication à son domicile. Le malade aidant, la réussite fut rapide et complète. La dose de morphine et de cocaïne, le premier jour, est diminuée de moitié ; le médecin pratique lui-même les injections, le matin, à midi, et le soir. Le second jour diminution de la moitié de la dose injectée la veille et de même le troisième jour. Le cœur reste normal ; le malade supporte relativement bien la diminution croissante de ses injections. Le quatrième jour, sevrage complet.

L'agitation, qui avait été assez grande pendant les trois premiers jours, devient extrême ; on note des sueurs profuses, de l'anxiété précordiale, de l'agitation des jambes, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, mais pas de delirium tremens. Les vomissements sont fréquents et la diarrhée assez abondante.

Le second jour du sevrage (5^e jour depuis le début du traitement), les symptômes précédemment énoncés atteignent leur maximum d'intensité. Le malade demande à grands cris de la morphine et de la cocaïne. Le médecin résiste, de même que l'entourage du morphino-cocainomane, aux supplications du malade.

Le troisième jour du sevrage complet (6^e jour du traitement), les symptômes s'avancent. Les vomissements sont moins fréquents ; l'agitation moins vive ; par contre, l'abattement est considérable et le malade est dans une forte dépression.

On le tire de cette torpeur avec du champagne, des grogs, des vins généreux ; on administre par voie hypodermique 0,45 cent. de spartiate pour tonifier le muscle cardiaque.

Le 7^e jour du traitement, le malade continue à s'alimenter ; il raisonne ses hallucinations, qui, d'ailleurs, diminuent d'intensité. Le huitième jour, l'appétit devient formidable ; on est obligé de rationner le malade. L'insomnie, toujours pénible, est un peu amendée par le sulfonal à la dose de deux grammes, en deux cachets. L'effet s'en fait sentir environ deux heures après l'absorption. La diarrhée persiste ; on l'atténue par quelques grammes de salicylate de bismuth.

Le quinzième jour, B... commence à se promener ; les nuits sont meilleures ; le sommeil naturel revient. Il engraisse à vue d'œil. A la fin du mois d'avril, B... reprend sa vie ordinaire, sans retomber dans ses funestes habitudes. Son état se maintient tel jusqu'en 1894.

En cette année, en février, à l'occasion d'un rhumatisme, le malade reprend l'usage de la morphine, sans toutefois y associer l'usage de la cocaïne. Il s'observe, sachant ce que produisent les abus de la morphine et ne dépasse pas des doses minimales, 0,40 cent. Nous ne croyons pas, malgré cela, que B... arrive à

se guérir d'une façon définitive. Il a une hérédité chargée ; c'est un prédestiné.

Hérédité de B....

Grand-père maternel,	Grand'mère maternelle,
Alcoolique.	Hémiplégique.
Père,	Mère,
Buveur (mort).	Caractère bizarre et exalté.
Un frère idiot (37 ans) ;	Une sœur (29 ans), très nerveuse.

Considérations pour les observations précédentes

Nous aurions encore plusieurs observations à ajouter à celles que nous venons de publier ; mais nous ne le faisons pas ; les éléments morbides surajoutés à la morphinomanie, dans les observations qui nous restent, n'étant pas assez caractérisés pour en faire des intoxications vraies, au sens rigoureux du mot. Qu'un morphinomane prenne du chloral de temps à autre ; [qu'il ait recours à quelques gouttes de laudanum pour se procurer le sommeil que l'habitude trop prolongée de la morphine est impuissante à lui donner ; qu'il se serve de bromure, de chloroforme, d'éther de façon accidentelle ; nous ne croyons pas pour cela devoir constater, chez lui, l'existence d'un état morbide surajouté. On ne devient pas alcoolique pour prendre un verre de liqueur de temps à autre ; de même pour les di-

verses intoxications ; on ne devient un « intoxiqué » que par l'accoutumance et l'habitude au poison que l'organisme est habitué à ingérer. Les divers excitants factices qui relèvent l'organisme surmené, lui redonnant une suractivité physique ou intellectuelle, ne deviennent des toxiques qu'à la condition de devenir pour la cellule vitale des irrésistibles, des accoutumants, sans lesquels l'équilibre ne peut être établi. Ce que dit le Docteur Legrain (1) pour l'alcool, peut s'appliquer à tout autre toxique, à tout autre excitant, qu'il s'appelle morphine, éther, chloral, cocaïne, etc. etc., et à plus forte raison quand ces diverses substances évoluent sur un organisme faible, prédestiné, en véritable état de réceptivité, en « *locus minoris resistentiæ* » pour soutenir le rude combat de la vie.

« Il ne faut pas oublier que si le vin est un excellent « toxique, nous dirons même un excellent médicament à « utiliser pour reconstituer des forces débilitées, chez « l'homme simplement surmené momentanément par un « labeur excessif, le vin ou l'alcool ne produisent qu'une « excitation artificielle qui abuse l'être fatigué et lui fait « croire qu'il a récupéré sa force perdue. Il n'y a rien dans « l'alcool qui puisse réparer les pertes de la cellule ; il y a « bien peu de choses dans le vin dont la cellule puisse tirer « parti pour se reconstituer dans ses éléments. Nous n'y « voyons qu'un excitant propre à surmener davantage les « unités cellulaires, témoin la dépression qui succède fatalement, en général, à toute excitation artificielle exagérée « et à l'excitation alcoolique en particulier.

(1) Dégénérescence sociale et alcoolisme. Docteur Legrain.

« C'est un leurre, c'est une dangereuse doctrine à propager que de déclarer indispensable l'usage des liqueurs fermentées, même hygiéniques et naturelles ; car, pareil au morphinique, qui s'est un beau jour grisé de morphine pour se soulager d'un mal passager, le buveur ne saurait plus se passer de l'excitant dont il a ressenti une fois les effets trompeurs. Un premier usage en appelle un second ; l'assuétude se crée et avec elle, l'irrésistibilité ; car, privés les éléments anatomiques de leur excitant habituel, c'est les faire souffrir ; leur rendre cet excitant, c'est rétablir l'équilibre. Mais n'oublions pas que trop souvent (c'est une loi physiologique) l'élément anatomique ne se contente plus de la dose habituelle, il faut la doubler, la tripler, l'augmenter progressivement. L'intoxication est née d'un premier usage inconsidérément installé (1) ».

Dans les observations que nous avons citées ; les intoxications étaient devenues des habitudes, au même titre que la morphinomanie, d'une façon continue et non accidentelle. Mais de même que le morphinomane peut rester longtemps un morphinisé, se piquant à de rares intervalles, sans mériter alors le nom de morphinomane ; de même un individu peut se servir de temps en temps d'éther, de chloral et sans être pour cela un éthéromane, ni un chloralomane. Nous n'avons voulu publier que des cas, où le poison ingéré et associé chez le morphinomane vrai, à la morphine, devenait, pour l'organisme et au même titre que cette dernière, un besoin vital, psycho-somatique. Nous verrons à la partie traitement dont nous allons nous

(1) Docteur Legrain, loc. cit., p. 180.

occuper maintenant, si cet état de besoin s'accompagne de phénomènes aussi graves dans l'abstinence des diverses intoxications associées à la morphinomanie que dans l'abstinence morphinique elle-même.



PARAGRAPHE III

Traitement de la morphinomanie associée à diverses intoxications

Nous n'avons pas l'intention de reprendre, ici, les diverses méthodes de traitement de la morphinomanie. Ce sujet a été traité dans plusieurs thèses (1) et nous n'en parlerons ici qu'incidemment. Nous voulons seulement examiner, et brièvement comment, il convient de traiter un morphinomane, qui a joint à sa passion pour la morphine, d'autres passions pour l'éther, le chloral, l'alcool, etc.

En d'autres termes, comment sevrer un morphinomane, des autres toxiques qu'il a associés à son intoxication primitive ?

Disons, de suite, que si le pronostic de la curabilité de la morphinomanie est relativement bénin, quand elle évolue sur un terrain sain, non prédestiné et qu'elle est

(1) Dééring. — Traitement de la morphinomanie par traitement brusque Th. Paris 1891.

Veisenburger. — Considérations sur la morphinomanie et traitement. Th. Paris 1894.

Gaillard. — Essai sur le traitement de la morphinomanie. Th. Paris 1894.

Hodée. — Causes. prophylaxie et traitement de la morphinomanie. Th. Paris 1895.

Lecert. — Symptomatologie de la morphinomanie. Th. Paris. 1895

le résultat d'une faute thérapeutique ou d'une thérapeutique mal dirigée ; il n'en est plus de même quand elle s'accompagne d'autres intoxications. Le plus souvent il faut incriminer l'état de dégénérescence du sujet, le terrain préparé par de nombreuses tares héréditaires, par une prédisposition toute spéciale, qui compliquent la situation et rendent possible, à la rigueur, une désintoxication, mais douteuse, une guérison ferme et durable.

Dans les observations que nous avons citées, on peut se rendre compte, dans plusieurs, de la place que tient chez le sujet, l'hérédité ; dans une, notamment où l'observation a pu être prise jusqu'à tentative de désintoxication, tentative suivie de guérison momentanée, on voit le « *prédisposé* » récidiver après 3 années de calme apparent, au premier choc physique, qui atteint son organisme. Chez ces débilités un traitement est toujours possible ; on doit toujours le tenter, d'ailleurs ; une guérison durable est douteuse et pour notre part, nous la croyons bien rare. Il peut se produire une rémission de quelques années, de longues années, même, mais vienne un choc d'ordre moral ou physique et le sujet retombera dans ses vices anciens avec d'autant plus de facilité et d'abandon qu'il aura lutté plus longtemps, pour se préserver d'une rechute, y mettant toute son énergie, toute sa force de caractère.

S'il est, en effet, un état de besoin primitif, dû à l'abstinence des divers toxiques, besoin qui se montre dès les premiers instants de la suppression, et qu'on peut comparer au véritable besoin qui suit la privation des aliments ; il est un autre besoin qui subsiste longtemps après cette suppression.

C'est le besoin à longue échéance qui ne se fait pas

sentir seulement pendant des semaines et des mois, après cessation de toute habitude d'intoxication ; mais même après des années ; revenant par périodes, semblable à de véritables fringales, à de véritables tentations qui assaillent l'individu. Combien a-t-on vu de morphinomanes pour ne prendre que cette seule intoxication, sortir de la maison de santé où il étaient traités, démorphinisés, mais non guéris, retourner dans les milieux où ils avaient contracté leur passion et récidiver à brève échéance ? Le proverbe « *qui a bu boira* » n'est-il pas d'une justesse qui trouve ici son application ? Que d'alcooliques placés dans des conditions d'infériorité, par le fait d'une dégénérescence due, soit à leurs parents (involontaire), soit à eux-mêmes, grâce au genre de vie qu'ils mènent (volontaire) sont incapables de réagir contre le besoin de boire ?

Ce sont les habitués des asiles, dont nous avons vu de nombreux exemples, qu'on voit revenir à époques de plus en plus rapprochées, pour éliminer leur alcool. On doit les interner ; ils sont de caractère trop faible pour vouloir ou pouvoir se débarrasser définitivement de leur vice. Ils acceptent leur situation forcée jusqu'au jour où, leur billet de sortie signé, ils retournent se plonger dans un nouvel éthylisme.

Ce qui fait la gravité de ces cas d'associations d'intoxications chez le même individu ; ce qui rend le pronostic sombre ; c'est donc l'état mental particulier dont il est animé. C'est chez lui que l'attraction de l'inconnu sera la plus puissante ; c'est chez lui qu'on rencontrera des tendances originales, excentriques.

« Quelles sont les victimes ordinaires de ces sortes

« d'impulsions pathologiques vers les jouissances anor-
« males, vers les plaisirs artificiels que l'ordre naturel des
« choses est insuffisant à provoquer, et dont l'excès de civi-
« lisation porte seul le secret mensonger ?

« Des malades, des énervés, des névrosés de tout
« ordre chez qui le désir revêt immédiatement le caractère
« irrésistible qui conduit aux désordres de la folie et aux
« inconséquences de toute nature. La tare héréditaire a
« enfanté chez eux la dégénérescence, c'est-à-dire la fai-
« blesse native, l'impuissance générale de l'esprit et du
« corps et toutes leurs conséquences désastreuses à une
« époque où les forts arrivent seuls, où le jeu des coudes
« est nécessaire dans la foule, où la lutte est énergique et
« féroce (1). »

Ne trouvons-nous pas réunies dans ces lignes qui précèdent, toutes les tendances suffisantes à engendrer les passions ? Chez des sujets avides d'inconnu, d'excitation intellectuelle ou physique, d'imitation, de suggestionnabilité, d'impressionnabilité, et d'impulsions invincibles, rien d'étonnant que ces tendances créent des appétits artificiellement développés et pathologiques.

Et à quoi, le plus souvent, ces malheureux doivent-ils ces tendances qui les poussent presque malgré eux vers les diverses intoxications ? A l'hérédité.

Nous disons, le plus souvent, car il y a parfois des dégénérés que nous appellerons « volontaires », qui ne doivent leur vice qu'à eux-mêmes. Nous voulons parler de ces oisifs de la vie, pour qui toute occupation est une fati-

(1) Guimbail, loc. cit. p. 54.

gue, de ces détraqués qui ne sortiraient pas sans de multiples flacons de sel dans leurs poches, de tous ces êtres en un mot pour qui l'oisiveté semble être une loi et qui se demandent en baillant ce qu'ils feront du lendemain !

Mais, presque toujours, qu'on recherche du côté des ancêtres les antécédents héréditaires ; on trouvera des renseignements intéressants. Tantôt c'est la mère qui a présenté des phénomènes nerveux, bizarrerie, excentricité, folie même, hystérie ; tantôt c'est le père qui a été un congestif, un cérébral, un apoplectique, un hémiplegique voire même un paralytique général. Quant aux collatéraux, le plus souvent, on les trouve mobiles et excentriques.

Cette longue digression terminée, comment convient-il de traiter un morphinomane qui a associé diverses intoxications à sa morphinomanie ? Examinons d'abord le traitement de ces intoxications liées à la morphinomanie dans l'ordre où nous les avons étudiées précédemment ; nous envisagerons ensuite ce traitement de façon générale.

Traitement de la morphinomanie associée à l'alcoolisme

Nous ne dirons que quelques mots du traitement de la morphinomanie en général. On sait qu'il y a aujourd'hui trois méthodes mises en pratique pour démorphiniser un morphinique ; la méthode *lente* ; la méthode *rapide* ; la méthode *Brusque*. Toutes trois ont leurs partisans ; toutes trois ont de bons comme parfois de mauvais résultats.

La méthode lente nous semble peu recommandable ; elle exige du morphinomane un temps qu'il ne peut lui

donner le plus souvent ; aussi sort-il de la maison de santé incomplètement sevré, énérvé par un traitement progressif, pénible, qui ne lui a pas donné ce qu'il attendait.

La méthode brusque exige, si on ne veut pas s'exposer à provoquer des accidents graves et même des syncopes mortelles, un sujet jeune, chez qui l'habitude morphinique n'est pas trop invétérée et chez qui les doses n'atteignent pas un chiffre trop élevé. On devra soigneusement ausculter le morphinomane avant de s'engager dans cette voie de suppression brusque et s'enquérir de l'état du cœur, des poumons et des reins. L'appareil digestif sera également interrogé : en supprimant brusquement la morphine, on expose le malade à des diarrhées et à des vomissements qui peuvent le conduire rapidement à un état de collapsus amorphinique fort grave.

C'est un excellent mode de démorphinisation, brutal peut-être, à coup sûr pénible ; mais amenant vite le malade à la période de convalescence. C'est croyons-nous pouvoir l'affirmer, l'affaire de quatre à cinq jours de crise aiguë pour le morphinomane.

Le traitement rapide semble aujourd'hui réunir la majorité des suffrages des auteurs. Supprimer le premier jour la moitié de la dose absorbée ; le second, la moitié de cette nouvelle dose, pour arriver le quatrième ou cinquième jour au sevrage total, telle est la base de ce troisième mode de traitement. Chez un sujet sain, nous lui préférons personnellement le traitement brusque ; mais, où nous reconnaissons l'efficacité de la suppression rapide, c'est chez les morphinomanes déjà âgés, invétérés et présentant soit une lésion cardiaque ou une lésion pulmonaire.

D'une façon générale et pour nous résumer, disons que chez un même sujet et suivant l'état mental et physique qu'il présentera pendant la période d'abstinence, on pourra toujours substituer la méthode rapide. Le morphinomane indique lui-même, par les symptômes qu'il présente pendant sa crise de démorphinisation, au médecin si ce dernier doit agir brusquement, rapidement ou lentement. Disons aussi que le médecin doit toujours avoir son malade sous la main ; l'observer fréquemment ; d'où nécessité de la démorphinisation dans une maison de santé, voire même dans l'asile d'aliénés ; On cite quelques cas, combien rares, de démorphinisations suivies de succès et de guérisons à domicile ; mais on ne cite pas les cas, combien fréquents, où ces mêmes tentatives de démorphinisation faites au milieu de l'entourage du malade, entourage souvent trop faible ou trop complaisant, ont été suivies de récidives ou de rechutes d'autant plus difficiles à guérir, que le malade, ayant goûté une fois aux douleurs de l'abstinence, ne se soumet que bien difficilement à une nouvelle épreuve.

D'une façon générale, nous pouvons ramener à deux modes de traitements, les moyens de suppression employés pour démorphiniser un individu : la suppression *brusque* et la suppression *progressive*. Il en est de même pour la désintoxication alcoolique. Supprimer brusquement la morphine chez un individu sain de corps et d'esprit, quoiqu'un morphinomane invétéré ne peut avoir de grave inconvénient à la condition que le médecin soit toujours à portée du malade et prêt à transformer le sevrage brusque en sevrage progressif, suivant la gravité des symptômes de

l'abstinence ; il n'en est pas de même pour la suppression brusque d'alcool chez l'alcoolique invétéré.

Nous croyons pouvoir dire, avec divers auteurs, notamment M. Pichon (1), que toutes les fois que dans une suppression *progressive* de la morphine, on voit survenir des impulsions violentes, du délire, des actes, des hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue, on doit songer à un alcoolisme ou à un absinthisme probable chez le malade, qui a caché avec soin sa seconde passion. Devant des crises nocturnes aiguës, des conceptions délirantes de persécution, des tremblements des extrémités et de la langue, on devra fortement soupçonner de l'éthylisme.

Nous parlons seulement de ces symptômes survenant dans la suppression progressive et non dans la suppression brusque. Ces symptômes peuvent, en effet, exister dans cette dernière forme de traitement et constituer le *delirium tremens amorphinique*. Il est admis par des écrivains d'une haute compétence (Lievinstein, Zambacco, Maraudon dé Montyel).

Devant un malade morphinomane chez lequel on sera sûr de la coexistence d'une intoxication éthylique ou chez lequel on la soupçonnera seulement, quelle sera la conduite à tenir ? Nous croyons pouvoir dire qu'il sera nécessaire de lui donner de l'alcool et d'employer chez lui le sevrage éthylique lent comme pour la désintoxication morphinique. Calmer son accès de *delirium alcoolique* par des vins généreux, des potions Todd, du Champagne, le tout à doses modérées, de façon à calmer progressivement les souffrances

(1) Pichon, loc. cit. p. 309.

dues aux privations de ses deux poisons habituels, nous semble indiqué. Quand la crise sera passée et que le malade plus calme présentera encore une notable agitation ; même quand on aura cessé complètement la morphine, nous pensons que 60 gouttes de laudanum, prises en trois fois dans 24 heures lui rendront service en lui donnant le sommeil. Quelques auteurs conseillent les injections de pilocarpine pour contribuer à l'élimination de l'alcool. Nous les rejetons, c'est pour notre part, trop affaiblir le malade, déjà fatigué par les vomissements et la diarrhée qui ne manquent jamais d'être abondants, tellement parfois qu'ils ont des menaces de syncopes ou de collapsus pour l'intoxiqué.

Dans le cas où l'alcoolisme date de peu de temps, nous croyons qu'il faut recourir à la suppression brusque, quitte à augmenter pendant deux ou trois jours les doses de morphine, de façon à n'avoir plus, dans la suite, qu'à traiter une seule intoxication.

D'une façon comme d'une autre, l'habitude alcoolique étant celle qui reste la plus tenace des habitudes toxiques, nous pensons que le malade, considéré comme guéri devra rester en observation ou en surveillance de longs mois, et beaucoup plus longtemps que s'il n'avait présenté qu'une intoxication morphinique seule.

Morphinomanie et opiophagie.

Dans le traitement de l'opiophagie jointe à la morphinomanie, les préparations opiacées étant le plus souvent et par ordre de fréquence le laudanum de Sydenham, de Rousseau et l'extrait thébaïque, nous croyons pouvoir

préconiser le traitement brusque de ces préparations. mais ne pas y joindre le sevrage brusque de la morphine, en raison des débâcles et des diarrhées que provoquent parfois (nous en avons cité deux cas précédemment) la suppression des opiacés, du laudanum notamment. Si au bout de 36 heures de suppression brusque des opiacés, on ne voit qu'un embarras gastrique insignifiant; ne pas hésiter, si on a affaire à un sujet sain, vigoureux et ne dépassant pas des doses relativement minimales, à employer le sevrage brusque pour la démorphinisation.

Si l'embarras gastrique, après sevrage brusque des opiacés, devenait inquiétant par ses allures: donner au malade toutes les quatre heures vingt gouttes de laudanum de Sydenham dans un peu de champagne frappé (contre les vomissements), et même plus souvent; le médecin étant juge de la situation.

Morphinomanie et chloralisme.

Les phénomènes d'abstinence chloralique sont loin d'avoir le caractère pénible et l'intensité de ceux de l'abstinence morphinique. Néanmoins ils sont parfois assez sérieux pour que le médecin traitant ne les considère pas comme absolument secondaires et n'en tienne pas compte.

Dans tous les cas, qu'on emploie pour le chloralisme le sevrage brusque ou lent sur lesquels nous insisterons tout à l'heure, on ne devra pas employer le sevrage brusque morphinique. Nous trouvons dans la thèse du Dr Hodée (1)

(1) Hodée. Loc. cit. Th. Paris, 1895. p. 162.

son observation personnelle où il rappelle à la fin le traitement de sa triple intoxication morphinique, cocaïnique et chloralique par le sevrage brusque.

Il n'eut aucun accident, mais nous croyons que pareil traitement était imprudent ; il pouvait provoquer une syncope grave, surtout étant donnée la coexistence de la cocaïne chez lui. Nous pensons que là, plus que partout ailleurs, il faut aller lentement et progressivement.

Une observation de M. Pichon, rapportée par M. Chambard (1) le prouve. Il est vrai que le sujet était une vieille femme (64 ans), ataxique depuis 17 ans, morphinomane depuis 7 ans, à la dose de 1 gramme par jour et chlorolomane depuis de longs mois.

« Transférée de l'hôpital Laënnec où elle était en « traitement pour son ataxie, à l'asile Ste-Anne, elle se « trouva brusquement sevrée de chloral, tomba dans un « état de faiblesse extrême et eut une syncope des plus « alarmantes ; les battements du cœur à peine sensibles, la « température à 35°, l'abolition des réflexes papillaires « annonçaient un état général des plus graves, lorsqu'on « eut la clef de ces phénomènes *qu'une dose convenable de* « *chloral* suffit à dissiper. La morphine avait été conti-
« nuée. » (2).

Une seconde observation du même auteur, montre avec l'accoutumance pour le chloral qui s'empara rapidement du malade, la difficulté qu'on eut pour le sevrer de ce nouveau poison :

(1) Chambard. Loc. cit. p. 135.

(2) Chambard. Loc. cit. p. 135.

« Une malade de la clinique des maladies mentales, « *morphinomane depuis dix ans*, éprouvait à la suite « d'une tentative de cure radicale, des douleurs telles qu'on « se crut autorisé à les calmer à l'aide du cloral à la dose « quotidienne de 3 grammes, en recommandant toutefois à « la surveillante de suivre attentivement les effets du médicament. *Au bout de six mois* on était descendu au dernier centigramme de chloral et lorsqu'on voulut le supprimer on constata qu'elle était devenue *chloralomane*. « Elle éprouvait, à la moindre diminution dans les doses « de chloral, *de tels maux* qu'on n'était pas sans inquiétude à son sujet et il ne fallut pas moins d'un grand « mois pour la déshabituer de cette habitude morbide. »

Dans un travail publié en 1883, (1) Kirn, rapporte le cas d'un homme de 35 ans, névropathe et asthmatique, qui, au bout de 6 mois, absorbait 8 grammes de chloral et 6 centigrammes de morphine. La morphine fut assez facilement supprimée ; il n'en fut pas de même pour le chloral. N'ayant obtenu aucun succès de tentatives de suppression lente, Kirn recourut à la suppression brusque qui détermina, dans les premiers jours, une agitation violente avec hallucinations terrifiantes de l'ouïe, cessant la nuit. Anxiété et insomnie la nuit. Après deux mois et demi de traitement, l'état mental s'améliorait et le malade était guéri de sa seconde intoxication.

Pour nous résumer, nous voyons que le chloral, comme la morphine, devient pour l'organisme un besoin vital, moins grave que le besoin morphinique toutefois, mais

(1) Kirn. Ueber Chloralpsychosen. 1883.

suffisamment tenace et dangereux, surtout chez les personnes ayant des désordres organiques préexistants. On doit pratiquer le sevrage chloralique de façon progressive, tenir compte de l'état du malade au moment du début de ce sevrage et ne pas employer, d'une façon concomittante, le *sevrage brusque morphinique*. L'observation que nous avons rapportée plus haut en est une preuve.

Morphinomanie et Ethérisme

Ceux qui se livrent à l'usage habituel de l'éther, les éthéromanes, deviennent bientôt semblables aux morphinomanes et aux chloralomanes et ne peuvent plus se passer de ce liquide qu'ils commencent à respirer et qu'ils finissent par boire, d'abord par gouttes sur du sucre, puis par verres.

Son usage est commencé, au moment où la morphine ne donne plus les sensations accoutumées, et où la dose effraie parfois les morphinomanes. L'ivresse éthérique légère ne laisse pas les traces de la morphine ; elle est moins brutale que l'ivresse éthylique.

La suppression de cette intoxication est facile. Elle ne produit guère que le regret d'une sensation agréable. Dans une observation qu'il rapporte d'une dame X..., morphino-éthéromane, M. Chambard conclut ainsi : « Au cours d'un voyage, ayant oublié sa provision d'éther et ne pouvant s'en procurer, Madame X... ressentit un grand mécontentement, de l'énervement, de l'insomnie, mais rien de comparable à ce qu'aurait produit la perte

« de sa morphine et, fait digne de remarque, ni diarrhée, ni vomissements. »

Le besoin d'éther n'ayant rien d'irrésistible, étant plutôt une accoutumance qu'un « besoin » au sens où nous avons pris le mot pour le définir, le « besoin » morphinique, chloralique et cocaïnique, ce dernier surtout, ne détermine par sa suppression ni l'angoisse incomparable, ni les troubles parfois si graves de la circulation, de la respiration et des fonctions digestives, qui suivent les tentatives souvent malheureuses de l'abstinence morphinique.

Donc, devant un éthéro-morphinomane, suppression brusque de l'éther et sevrage morphinique, soit brusque, soit progressif, suivant l'état du malade. Nous ne revenons pas sur ces détails décrits au début du traitement des intoxications associées.

Disons, toutefois, que l'éthéromanie est surtout l'apanage des déséquilibrés, des états cérébraux particuliers et des tares héréditaires. Elle affecte les tempéraments névropathiques et s'attaque surtout à cette classe d'individus qui fournit un si large tribut à toutes les passions artificielles. Il y a donc lieu de redouter, dans cette intoxication, une récurrence, à échéance plus ou moins éloignée ; récurrence qui s'accompagnera presque fatalement de nouvelles habitudes morphiniques.

Morphinomanie et cocaïnisme

L'intoxication par la cocaïne est aussi terrible, sinon plus, les désordres organiques d'ordre physique et mental.

qu'elle ne tarde pas à engendrer, que l'intoxication morphinique à laquelle elle est presque toujours liée.

Nous avons vu, en étudiant la symptomatologie de ces deux intoxications associées, qu'elles formaient une intoxication toute particulière, bien différente par ses allures rapides de la morphinomanie seule. Plus que dans toute intoxication, le cocaïnisme lié à la morphinomanie, produit des hallucinations terrifiantes, des conceptions délirantes diurnes et nocturnes, et un état mental particulier. Les idées de persécution sont de règle : les impulsions violentes sont fréquentes et le morphino-cocaïnomanie doit, selon nous, être considéré comme un véritable irresponsable, alors que simplement intoxiqué par la morphine et non en état d'abstinence de ce dernier poison, il peut, au contraire, être considéré comme absolument responsable de ses faits et gestes (nous ne parlons pas de son hérédité ni de sa dégénérescence qui, même sans intoxication morphinique, peuvent être les causes d'une complète irresponsabilité).

Laissant de côté ces questions ayant trait à la médecine légale : quel genre de traitement conviendra-t-il d'appliquer à un morphino-cocaïnomanie, qui consent à entrer dans une maison de santé ou dans un asile, pour se désintoxiquer et se guérir ?

Nous trouvons dans le livre du Dr Chambard, auquel nous avons fait de larges emprunts, une observation d'un malade morphino-cocaïnomanie, traité et guéri par la méthode rapide. Nous donnons ci-joint le tableau de ce traitement (1).

(1) In Chambard, loc. cit., p. 218.

*Traitement de Valentin Cab., élève en pharmacie
(morphino-cocaïnomane)*

Un premier essai de désintoxication avait été fait à l'asile de la Charité, dans la Nièvre. Le malade, à son entrée, prenait trois grammes de morphine et autant de cocaïne, par la voie hypodermique. Soumis au sevrage lent (et combien lent !) par le Dr Faucher, médecin-directeur, au bout de quatre mois, il ne prenait plus par jour que dix centigrammes de morphine et de cocaïne. Se jugeant guéri et capable de finir lui-même son traitement, C.... exigea sa sortie. On aurait été, avouons-le, ennuyé à moins par une aussi longue séquestration, volontaire d'ailleurs.

Ce qui devait arriver ne tarda pas à se produire. C...., au bout d'un an, était revenu à absorber quotidiennement un gramme de morphine et trois grammes de cocaïne, et quand il entra, deux ans après, en 90, à l'asile de Cadillac (Gironde), placé d'office, il absorbait trois grammes de chaque sel.

On remarquera dans le tableau ci-joint, que le traitement employé fut rapide ; qu'en 17 jours, le malade était complètement sevré ; qu'on dut avoir recours à des doses élevées de laudanum, quelques jours après le sevrage complet des deux sels, sans suite fâcheuse, et qu'enfin le malade, deux mois après son entrée, sortait complètement guéri de l'asile, ayant gagné dans ce laps de temps, 22 kilogrammes.

DATES		DOSES			POIDS	OBSERVATIONS
mois	jours	cocaïne	morphine	landanum		
Septembre	13	1.00	0.20		61 k.	Menaces de suicide. Injection suppl. de C=0,03 et de M=0,04
	14	0.80	0.40		»	Syncopes
	15	0.80	0.40		»	Syncopes et coliques
	16	0.75	0.35		»	Vomissements après l'injection
	17	0.70	0.30		»	Nausées après vomissements. Adynamie
	18	0.65	0.30		»	
	19	0.45	0.25		»	
	20	0.45	0.25		»	
	21					
	22	0.35	0.25		»	Egalisation des doses de C et de M
	23	0.25	0.25		»	
	24	0.20	0.25		»	Diarrhée abondante; coliques
	25	0.15	0.15		62.400	
	26	0.10	0.10		»	Diarrhée; agitation, insomnie
	27	0.10	0.10		»	Suppression de la cocaïne
	28	0.05	0.05		»	
	29	0.00	0.10		»	Coliques, diarrrée, insomnie
	30		0.05		61.500	Suppression de la morphine
Octobre	1		0.00	3	»	Diarrhée abondante
	2			3	»	id. Insomnie. Agitation
	5			3	»	Même état. Adynamie
	6			3	»	Même état. Menaces de syncopes
	7			3	»	Diarrhée moins abondante
	8				»	Envoi en villégiature à la colonie
	9				64	Amélioration de l'état général
	11				64	Amélioration très marquée
	16				66.500	Transformation de l'état général
Novembre	25				72	»
	1				»	»
	6				78	Etat général florissant
	10				80	Même état
Décembre	25				83	Retour complet du sommeil
	1				»	Sort guéri en excellent état

Nous croyons que le traitement précédent aurait pu être plus rapide, notamment pour la suppression de la morphine, à partir du 7^{me} jour de sevrage. Dans ces deux intoxications associées, il y a non pas une coexistence de deux états toxiques, mais bien une véritable combinaison, une nouvelle affection à évolution toute particulière et un état toxique tout particulier de l'état toxique de morphinomanie et de la cocaïnomanie évoluant séparément et individuellement.

Débarasser le plus vite possible le malade, surtout quand il est jeune, nous semble le traitement le mieux approprié à cette maladie complexe. Il ne faudra pas employer le sevrage brusque ; l'abstinence cocaïnique étant aussi, sinon plus pénible que l'abstinence morphinique. On s'exposerait à provoquer des syncopes graves.

Contre la diarrhée qui se produit fatalement, nous préférierions donner le laudanum par la voie rectale autant que par la voie buccale ; par la voie buccale de 15 gouttes de laudanum dans un peu de vin champagne frappé, dose répétée toutes les trois ou quatre heures, en même temps qu'un quart de lavement amidonné avec la même dose de laudanum ou en alternant ces deux administrations, si la diarrhée n'est pas trop intense. Vouloir l'arrêter serait une faute thérapeutique grave ; elle est une des voies d'élimination du poison ; on doit la respecter et se borner à l'atténuer. Contre les vomissements fréquents, on donnera de l'eau de chaux glacée, par cuillerées à dessert. On pourra même faire sucer quelques morceaux de glace ; c'est un excellent moyen.

Plus que dans toute intoxication, on devra surveiller le

cœur et ne pas hésiter à injecter le sulfate de spartéine à la dose de 0,10 à 0,15 centigrammes, en une fois et par jour. Ses effets diurétiques intenses sont encore une voie d'élimination du poison.

Infiniment plus grave et plus dangereuse que la morphinomanie simple ; la morphino-cocaïnomanie demande dans son traitement, une surveillance de tous les instants. Par les conceptions délirantes qu'elle engendre, par les idées de persécution qu'elle produit, par les hallucinations de la vue et de l'ouïe qu'elle provoque, elle peut amener, à ce moment, le malade, dont tous ces symptômes sont exagérés au moment de l'abstinence, à une excitation maniaque qui le porte à des actes de violence dangereux et à des tentatives de suicide, ainsi que le prouve l'observation du malade de M. Chambard, au premier jour du traitement.

De même que pour le chloralisme, le convalescent devra être maintenu longtemps sous la surveillance du médecin ou d'un entourage sérieux ; les récidivistes cocaïnomanes étant peut-être plus fréquents encore que les récidivistes morphinomanes.

Morphinomanie ; chloroforme ; bromure haschich et autres intoxications.

Il est bien d'autres intoxications volontaires qui, avec le temps, deviennent des habitudes plus ou moins impérieuses et irrésistibles. Elles ne sont qu'exceptionnellement

liées au morphinisme ; aussi ne dirons-nous que quelques mots de leur traitement.

Nous n'hésitons pas à donner comme règle, la suppression brusque, tout en laissant au médecin le soin de juger s'il convient ou non, de supprimer de façon également brusque la morphine.

Ces intoxications se rapprochent de l'éther ; elles sont comme lui, l'apanage des dégénérés et des individus marqués de tares héréditaires plus ou moins considérables ; elles ne créent point de « besoin » au sens propre du mot, n'ont rien d'irrésistible ; on doit donc les supprimer dès le premier jour du traitement sans crainte d'exposer l'intoxiqué à des complications dangereuses. Nous n'insistons pas ; nous répéterions les conclusions données au traitement de la morphinomanie associée à l'éthérisme.

Nous avons examiné le traitement approprié à diverses intoxications coexistant avec la morphinomanie. Est-ce à dire pour cela que ces associations d'intoxication sont toujours aussi bien limitées ? Evidemment non et souvent on trouvera chez un même individu, morphinomanie, alcoolisme et éthéromanie ou morphinomanie, chloralomanie et cocaïnomanie ou, comme chez ce malade signalé par Wipham (1), l'association de la morphinomanie, du bromisme, du chloralisme, du haschich et de l'alcool !

Le médecin, devant ces multiples intoxications, devra se régler sur l'état général du malade avant de commencer un traitement. Disons d'un façon générale que plus la sup-

(1) Wipham, Clin. soc. transact., VIII, p 108 (1875).

pression des intoxications sera rapide et plus la guérison aura de chances d'être durable.

Toutefois il ne faut pas oublier que chez ces intoxiqués « multiples », qu'on nous pardonne l'expression, on se heurte à un état mental tout particulier qui rend la désintoxication possible mais la pseudo-guérison le plus souvent éphémère. Il faudrait pouvoir réformer le cerveau du malade ; effacer ses tares héréditaires originelles ; en un mot, rendre l'équilibre au système nerveux sans cesse en proie, pour se soutenir et se maintenir en état, à la recherche de ces excitants factices que leur fait rechercher les conseils d'une imagination exaltée et non réfrénée dans ses désirs extravagants par une volonté saine.

Ce qui, chez un individu pondéré sera un désir immédiatement réprimé, sera chez ce même individu s'il est héréditaire et dégénéré un appétit quasi irrésistible. C'est en vertu de cet appétit quasi irrésistible que le dégénéré sera porté non seulement à boire et à se morphiner, mais à s'éthériser (1), à se chloraliser (2), à se cocaïner, etc.

On pourrait, dans cet ordre d'idées, ajouter un chapitre intéressant du travail du Docteur Dericq (3) sur la coexistence de plusieurs délires chez le même individu. C'est cet appétit insatiable acquis par l'hérédité, qui portera le dégénéré non équilibré à abuser de tout ce qui constituera chez lui une intoxication, avec ou sans l'état de besoin consécutif.

(1) Regnard. Deux poisons à la mode, la morphine et l'éther. *Revue scientifique* 1885-546 à 556.

(2) Wach. Inaug., Dissert., Iéna, 1880.

(3) Dericq. Coexistence de plusieurs délires et de plusieurs intoxications chez le même individu. Th. Paris 1886.

C'est en vertu de cette recherche de l'inconnu, en vertu de leur appétence pour ainsi dire congénitale, que les héréditaires seront poussés à user de toutes ces intoxications artificielles que nous avons passées en revue. On ne peut impliquer autrement ces associations de passions malsaines ou ces successions d'intoxications chez le même individu.

« Dans la question des intoxications, des délires et des « états toxiques multiples chez le même individu, il faudra « avant tout, se souvenir de ce fait clinique que Lasègne « a si bien mis en lumière. « *Quant on a affaire à un intoxiqué, la question de terrain prime tout.* » Il faudra « avant tout se convaincre de ce fait, que l'appétit pour les « divers agents d'intoxication est souvent associé à d'autres « signes de dégénérescence tant physiques qu'intellectuels ; à d'autres symptômes de déséquilibre. Cette « proposition que Lasègne a formulée aussi sous cette « forme hardie et si vraie : « Ne devient pas alcoolique qui « veut », peut être généralisée et étendue à tous les agents « d'intoxication connus sans exception. Le résultat d'un « examen attentif fait dans ce sens, donnera en effet souvent raison à l'observateur. Et chez les individus placés « sous le coup de ces différentes passions, de tous ces « appétits maladifs que nous avons passés en revue, on « trouvera souvent avec une tare héréditaire, des signes « de déséquilibre mentale non douteuse (1).

Nous avons tenu pour finir, à citer en entier ce passage du livre de M. Pichon, qui résume tout ce que nous avons

(1) Pichon, loc. cit. 375.

dit précéemment. En dehors de toutes ces considérations et par dessus toutes ces considérations, qui peuvent expliquer la coexistence d'intoxications associées à la morphinomanie, il y a une question de terrain et de dégénérescence, une question de prédisposition et d'hérédité, si bien mise en relief par d'éminents maîtres, tels que Morel, Fabut, Le-grand du Saulle, Magnan, et tant d'autres dont l'énumération serait trop longue. C'est elle qui pousse les malades à chercher toujours quelques sensations non encore ressenties et à les épuiser toutes : c'est elle aussi qui rend toute tentative de guérison, peu durable et le plus souvent éphémère.



CONCLUSION

Nous voici arrivé au terme de notre modeste travail. Nous avons cherché à y contribuer personnellement de la façon la plus large, n'avançant que des choses vues et recueillies avec soin ou des faits que des auteurs et des maîtres, plus autorisés que nous, avaient déjà avancés.

Nous avons voulu montrer qu'aujourd'hui, on doit tenir compte et par suite chercher à arrêter le flot sans cesse grandissant de ces intoxications qui prennent dans la société une place presque aussi large que les intoxications professionnelles et criminelles. Ces intoxications par la morphine, par l'opium, par l'éther, par le chloral, par la cocaïne, par toutes les substances qui à la longue et par l'habitude deviennent irrésistibles pour l'organisme, en produisant une euphorie, un bien être passager et une excitation factice dont nombre de surmenés ont besoin en cette fin de siècle de surmenage et de suractivité physique et intellectuelle, nous les avons considérées en tant qu'intoxications *volontaires*, si nous pouvons nous exprimer ainsi.

Nous avons exposé leur symptomatologie, coexistant

avec la morphinomanie ; nous avons publié plusieurs observations que plusieurs années d'étude médicale nous ont permis de réunir et nous avons donné les divers traitements personnels, qui nous semblaient les plus aptes à combattre avec succès et efficacité, ces toxiques dont la prophylaxie mérite chaque jour davantage de fixer l'attention en raison des ravages immenses qu'ils causent chaque jour et du haut intérêt social qui s'attache à leur répression.

Nous avons également dit quelques mots du peu de stabilité qu'offraient les pseudo-guérisons survenant chez des individus tarés, héréditairement parlant et prédisposés à des rechutes et des récidives fréquentes par une faiblesse mentale et native, dont ils ne sont pas responsables.

Il serait temps que l'autorité ouvrit les yeux. L'intérêt social passe avant les intérêts personnels ou dits généraux, parce qu'ils ne sont précisément que personnels. Un péril social doit donner le droit de répression et plus que jamais il faut appliquer cette formule déjà bien ancienne « *Salus populi, suprema lex* ». Toutes les fois que la santé publique est en danger et qu'un mal contribue à la dégénérescence d'un peuple, il y a lieu de chercher, même en dehors des formes de la justice, les moyens de préserver ce peuple aveugle et inconscient de ses passions, parce qu'il ne peut en comprendre le danger, des périls présents et futurs qu'ils entraînent avec eux.

La lutte semblait entreprise contre l'alcoolisme. On aurait pu croire que c'était le signal d'une campagne énergique contre les intoxications de toute nature. Tout semble retombé dans l'oubli. C'est toujours à des mots qu'on se heurte ; ce sont des broussailles que tous déplorent et

maudissent, mais que nul ne veut ou n'ose couper une
bonne fois.

Vu : Le Doyen
BROUARDEL.

Vu :
Le Président de la Thèse,
A. JOFFROY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

- Apolante. — Fait curieux d'éruption opiacée. (Berliner Klinische Wochenschrift, 1887).
- Ball. — La morphinomanie, 1888.
- Considérations sur le traitement de la morphinomanie, 1887. — L'empoisonneur Lainson (Encéphale 1882).
- Beaudelaire. — Les paradis artificiels 1872.
- Beluze. — De l'éthéromanie 1885 (Thèse de Paris).
- Bentley. — Première observation de traitement de la morphine par la cocaïne 1878.
- Bert. — Intoxication chronique par le chlorhydrate de morphine (Mémoires de la Société de biologie, 1885).
- Bordier. — Article opium — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.
- Bouisson. — De l'éther et de ses dangers.
- Bravaise. — *A case in which the hypodermie was suddenly discontinued* (The lancet 1878).
- Brochin. — Morphinisme (Gaz. des hôpit. 1877 n° 297).
- Brodie. — *Experiments and observes of the different. Modes with death is prudenced by certains végétales poisons* (Philosophical transactions. t. c. I, 1812).

- Bourneville. Obs. psych. de morphinomanie (Arch. Neurol, 1883).
- Busey. — Epileptie convulsions *following sudden. Suspension of a long continued habit of opium eating*, (Médical Times 1876 Philadelphie).
- Calvet. — Essai sur le morphinisme aigu et chronique (Thèse 1876).
— Etude expérimentale et clinique sur l'action psychologique de la morphine (Paris 1877).
- Chambard. — Projet de discussion sur les dangers de l'hypnotisme expérimental et de la suggestion (Annales médico-psychologiques mars 1888).
— Les morphinomanes (1892).
- Charcot. — In thèse de Jouet.
- Choupe. — Gaz. méd. (1874, 31).
- Christian. — Morphino-cocaïnisme (Annales médico-psychologiques mars 1889). — Guérison d'un cas de morphinomanie chez un jeune homme de 24 ans, par la suppression brusque. (Société médico-psychologique, séance du 26 novembre et Annales médico-psychologiques, janvier 1889).
- Clarke. — The lancet, 1879.
- Claretie. — Noris, 1883.
- Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Examen du projet de loi portant révision de la législation sur les aliénés. — Création de Sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles.
- Comanos-Bey. — Action de la cocaïne sur les nerfs. (Berl. Klin. Woch, 1886).
- Cripps Lawrence. — Le morphinisme chez les enfants, 1884.
- Dana. — Délire morphinique (Th. médical record, juillet 1884).
- Dééring. — Sur le traitement de la morphinomanie par traitement brusque. — Thèse de Paris, 1891.
- Dericq. — Coexistence de plusieurs délires et de plusieurs intoxications sur un même individu (Th. de Paris, 1886).
- Delabanne. — Essai sur quelques accidents produits par la morphine. (Th. de Paris 1877).
- Dubust de Laforest. — Morphine (roman).

- Dudgeon.** — Opium in relation to population. (Edinburgh medical journal, 1876).
- Erlenmeyer.** — Abusus nartcorum. (Bericht über die Heilanstalt für Nerven-Krankheiten zu Bendorf-am-Rhein 1876). Dis recidive der morphinasucht. (Centralblatt, für nervenheilkunde, Psychiatrie, and Serichsliche Psychopathologie II, 1879); Le traitement de la morphinomanie. (Encéphale 1886).
- Féré.** — De la morphinomanie au point de vue de la grossesse et de la vie du fœtus. (Mémoires de la société de biologie. Semaine médicale 1883).
- Fonssagrives.** — Articles opium et morphine. (Dictionnaire encyclopedique des sciences médicales).
- Foville.** — La morphinomanie, (Annales médico psychologiques).
- Gaillard.** — Essai sur le traitement de la morphinomanie. (Thèse de Paris 1894).
- Garnier.** — Attaques d'hystérie maniaque dues à la cessation brusque. (Communication au congrès d'Anvers, 7 sept. 1885. Semaine médicale. 1885).
- Gaudry.** — Le morphinisme pénal. Th. Paris, 1887.
- Granet.** — Traitement de la morphinomanie. Semaine médicale, 1885.
- Guimbail.** — Les morphinomanes, 1892.
- Gunz.** — Über morphinismus. (Memorabilien XXIV, 1879).
- Herzen.** — Physiologie de la volonté. (Bibliothèque de philosophie contemporaine).
- Jacquet.** — Thèse de Paris, 1882.
- Jennings.** — Considérations sur le traitement de la morphinomanie. (Encéphale, 1886 et 1887). Le pouls chez les morphinomanes. (J.-B. Baillière).
- Jouet.** — Traitement par la cocaïne. (Th. de Paris, 1883).
- Jousset.** — Des injections hypodermiques, (Th. de Paris, 1865).
- Kane.** — Rapid and easy cure of a case of morphiahabit. (Philadelphia med. and chir. Report 1881).
- Leidesdorf.** — Die morphiumsucht (Wiener med. Wochenschrift, 1876, XXVI).
- Legrain.** — Du délire chez les dégénérés. (Th. Paris, 1887).

Leifert. Cocaïne et cocaïnisme.

Lancereaux. — Du morphinisme chronique (In semaine médicale, 1884, n° 22).

Landowski. — Congrès de la Rochelle, 1882. (Journal de thérapeutique, 1882).

— Le morphinomane et son traitement.

Levinstein. — Uber morphiumsucht (in Berliner med. Gesellschaft, 1875).

— Zur pathologie der acuser morphium und acuser choral vergiftung, (Berliner Klin. Wochenschrift, 1876).

Lewin. — Morphinisme. (Revue encyclopédique d'Eulenburg Bd. IX, 1881).

Loi du 30 juin 1838 sur l'assistance des aliénés.

Luys. — Impressions d'un buveur d'opium (Encéphale, n° 3, 1887).

Marandon de Montyel. — Contribution à l'étude de la morphinomanie. (Annales médico-physiologiques, 1885.)

Mattison. Treatment of opium additionn. (Med. Times, 1877, t. 1).

Monin. — Dictionnaire de médecine usuelle.

Moor. — Antidote de la morphine. (Semaine médicale, 1894).

Notta. — Archives de médec. 1884. (Union médicale, 1884).

Petit. — Morphinisme et traumatisme. (Bulletin de thérapeutique, 1879).

Pichon. — Considérations sur la morphinomanie et son traitement (Encéphale, 1886).

— Le morphinisme, 1890.

Rambaud. — Morphine et morphinomanie. (Journal de la santé publique, 1884).

Rabier. — Leçons de philosophie, 1888, t. II.

Regnard. — Deux poisons à la mode : la morphine et l'éther. (Revue scientifique, 1885).

Richet. — Cocaïnomanie. (Soc. de biologie, mai 1888).

Rochard. — Congrès de la Rochelle, 1882.

Stammler. — Die morphiumsucht; der morphinismus, 1885.

Sollier. — Traitement de la morphinomanie par la suppression rapide. (Semaine médicale, 1894).

- Talmeyr.** — Les possédés de la morphine, 1892.
- Thomas de Quincey.** — Confessions of a english opiumeater. (Traduction française, 1890).
- Tourdes.** — Responsabilité médicale. (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales).
- Veisenburger.** — Considérations sur la morphinomanie. (Thèse de Paris, 1894).
- Voisin (Jules).** — Du traitement curatif de la folie par les injections de chlorhydrate de morphine. (Paris, 1874 à 1880, et Bulletin général de thérapeutique, 1881 à 1884).
- Wallé.** — La morphinomanie, 1885.
- Wolters.** — Contribution à l'étude du morphinisme. (Thèse de Montpellier, 1883).
- Zambacco.** — De la morphinomanie (Encéphale, 1882, n^{os} 3 et 4).
- Sur le morphinisme (Gaz. médic. d'Orient, 1882).
- De la morphinomanie. (L'encéphale, 1884, 658-683).

